This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

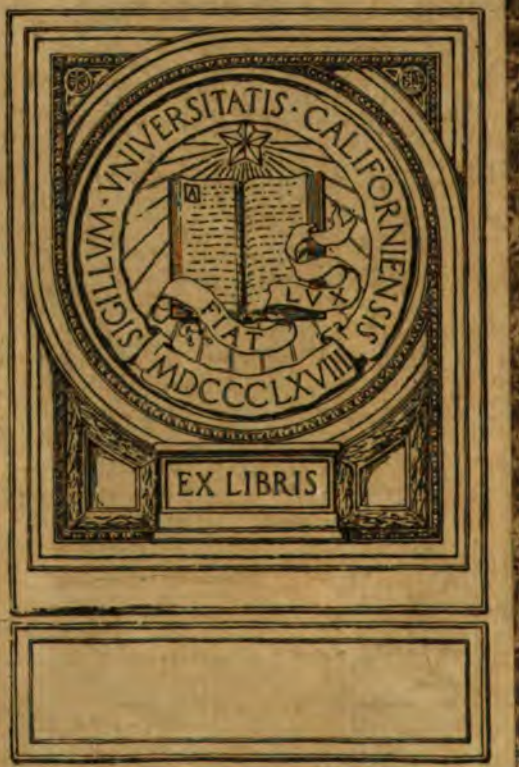
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 736 888

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DUTICHES ... AIN

REVISTA

UNIV. OF CALIFORNIA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXXX

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1908

UNIV. OF
CALIFORNIA

R71
R4
v.80-81

Gift of J. C. Cebrian

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UNIV. OF CALIFORNIA

LAS GLÁNDULAS SEXUALES DEL HOMBRE Y SU NUEVA FISIOLOGÍA

POR EL

DR. D. N. SERRALLACH

Socio correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Cuatro años de estudios experimentales (1), efectuados en el Laboratorio Bacteriológico Municipal de Barcelona, con la eficaz colaboración de mi querido exdiscípulo, hoy distinguido urólogo, el Dr. D. Martín Parés, han permitido aportar á la fisiología del aparato genital del hombre algunos datos nuevos que pueden tener algún valor para la interpretación de la fisiopatología sexual.

Como que el criterio que me merece la función de cada glándula sexual es muy distinto del que se le asigna en los tratados de fisiología, las estudiaré detalladamente tomando por base la observación y la experimentación.

PRÓSTATA

De este órgano es conocida su secreción externa, ó sea el licor prostático. Este es un líquido blanco-azulado, lechoso, ligeramente ácido, *no viscoso*, que no se coagula por el ácido acético y que, por lo tanto, carece de mucina. Representa una suma de compuestos de lecitina y almidón, donde faltan siempre (en el estado normal) los leucocitos. Este humor viene á ser uno de los componentes del sémen, de manera que la próstata, en el momento de la eyaculación, es exprimida y el licor próstático es lanzado al exterior.

(1) La Real Academia de Medicina de Barcelona se ha dignado conceder el Premio Gari á la Memoria que trata de los estudios que son objeto de este artículo.

539753
33821

Según los experimentos de Fürbringer (1), la secreción externa de la próstata viene á ser un elemento vivificador para el espermatozoide, de modo que, según dicho autor, tan pronto el gérmen prolífico se pone en contacto con el licor prostático, adquiere la movilidad. No podemos en manera alguna suscribir esta opinión, porque Serrallach y Parés han visto que los espermatozoides procedentes del deferente gozan de movimientos propios. Sin embargo, es posible que Fürbringer haya sufrido un error de interpretación, porque si recogemos el licor testicular en el mismo epidídimo, en efecto, los espermatozoides apenas se mueven, porque son en tanta cantidad, que llegan á formar un conglomerado, y en la preparación microscópica es difícil encontrar una vacuola, todo es una masa informe de espermatozoides. No obstante, si el licor testicular se recoge en la parte alta ó uretral del deferente, se observa que los gérmenes prolíficos están *más diluidos* (valga la frase), ó sea que se les ha sumado un nuevo elemento líquido (procedente de las paredes del deferente), que los ha disociado, y por este motivo son mucho más libres y gozan de mayor movilidad. Hay algún animal, como el cobayo, que no tiene próstata, y en cambio sus espermatozoides son sumamente vivaces, esto quiere decir que el licor prostático no es indispensable para despertar la motilidad del espermatozoide.

El propio Fürbringer dice, y lo han confirmado Steinach, Casper, Serrallach y Parés, que el licor prostático prolonga la vida del espermatozoide, siendo en consecuencia dicho líquido, en estado normal, un buen elemento para la fecundación, sin el cual, nos dice Casper, ésta es muy difícil.

La secreción del licor prostástico en el estado normal es intermitente y sólo puede provocarla las excitaciones genitales. Esto quiere decir que esta glándula pasa bastantes períodos en reposo absoluto, y siempre que en el organismo veamos lo contrario, sin temor podremos afirmar que está rodeada de un ambiente patológico.

Me afirmo en estas suposiciones por los siguientes hechos de observación. Si se efectúa el masaje ó la expresión de la próstata á través del recto á un *individuo normal*, nunca se encontrará en la orina indicios de licor prostático; si ocurre lo contrario, con seguridad aquel individuo ha sufrido con anterioridad una excitación genésica no seguida de coito, por cuyo motivo los fondos glandulares se habrán llenado de humor, y entonces, á falta de la expulsión nor-

(1) En Frisch. Maladies de la prostate, pág. 12. Paris, 1908.

mal, ó sea eyaculación, el masaje lo lanza al exterior mezclado con la orina.

Otro hecho viene en apoyo de nuestra tesis: si, por ejemplo, después de haber vaciado la próstata por medio del masaje rectal, hacemos excitar los genitales del propio individuo sin dejarle consumar el coito, la expresión inmediata de esta glándula dará á comprender que se ha formado licor prostático, por las señales que se observarán en la orina de la primera micción. En cambio, si éste mismo individuo vive alejado ó distraído de los placeres de Venus, el resultado del masaje rectal será siempre negativo.

No siempre es necesario para el trabajo de la próstata el contacto de una mujer, sino que en ciertos individuos bastan los pensamientos lujuriosos, las lecturas pornográficas, los ensueños eróticos, etc., para despertar la glándula de su letargo. Es común observar en los individuos castos ó muy continentes la plétora prostática, porque por regla general, ó bien se trata de mansturbadores ó de individuos sumamente sensibles á las más exiguas manifestaciones de la mujer, y éstos son aquéllos que un simple roce, una mirada de una joven, bastan para provocar el sexualismo, que no pocas veces se demuestra por priapismos y frecuentes poluciones nocturnas. La falta de gimnasia sexual provoca y mantiene el eretismo de las glándulas.

Que la secreción prostática es intermitente y que está en armonía con el acto genésico, lo demuestran los animales; por ejemplo, el topo y el erizo, según R. Owen, durante él período de reposo genital se le atrofian la próstata y los testículos, y luego, durante el celo, recobran la vitalidad primitiva. Si en el hombre la secreción fuese continua, no dudamos depauperaría en extremo al organismo, porque á través del licor prostático se escapan muchos cuerpos lecitinados de gran utilidad para los centros nerviosos.

¿Qué ocurre al licor prostático cuando en pos de una excitación no viene el coito? Pues sencillamente que la glándula queda pletórica, y luego, poco á poco, desaparece el humor de los acinis gracias á dos mecanismos. Por una parte, cuando el individuo acaba de orinar y da el golpe de pistón para expulsar las últimas gotas de orina, la uretra prostática á favor de sus fibras longitudinales se acorta y la glándula resulta exprimida parcialmente y algunos acinis son vaciados, y entonces el licor prostático sale con la orina. De ello pueden resultar dos fenómenos distintos: ó bien que en las últimas gotas de orina no se observe ningún cambio físico, ó al contrario, que adquieran un carácter lechoso Lo primero obedece á que,

por ser el licor prostático en pequeña cantidad y de carácter normal se disuelva por completo en la orina y no le comunique ningún cambio aparente. El segundo caso es debido á que dicho licor, por ser muy abundante ó por haber penetrado algunos microorganismos, sufre descomposiciones químicas que dificultan su solubilidad, cambiando por este motivo el aspecto físico de la orina.

El humor de los acinis prostáticos, cuando están pletóricos, puede también desaparecer á favor de una pérdida de agua y reabsorción de los principios excretados, exigiendo esta labor mayor lapso de tiempo que el mecanismo anterior.

La secreción de la próstata, ó sea la prostatorrea, hemos dicho que en el estado normal el único factor que la provoca es la excitación genésica; no obstante, fácilmente el individuo cae en el estado patológico. Así tenemos que la entrada de los microorganismos en los conductos prostáticos puede ser causa eficiente de la hipersecreción; por este motivo, en las infecciones uretrales posteriores siempre tengo muchísimo cuidado en evitar el estado pletórico de la próstata, porque todos sabemos que esta plenitud origina la congestión, y tampoco se ignora que es precisamente en la hiperhemia donde mejor pululan los gérmenes. Las afecciones medulares, la constipación, la mansturbación, los falsos coitos, etc., son causas determinantes de la hipersecreción prostática dentro del terreno patológico.

Creo haber demostrado que la excitación genésica es el único móvil que provoca la secreción del licor prostático; sin embargo, falta averiguar el mecanismo por el cual se desarrolla. Todos sabemos, por los estudios de Albarrán y Motz, que la extirpación de los testículos en el individuo sano provoca la atrofia de la próstata, y en cambio Serrallach y Parés no han observado siempre esta atrofia ni la de los testículos con la ligadura de los deferentes, lo que viene á demostrar que la función de la próstata está íntimamente relacionada con la vida de los testículos. Así, pues, la inyección intravenosa, en el perro, de extracto glicérico de testículo, ha permitido (Serrallach y Parés) observar una congestión é hipersecreción de la próstata, como también se ha visto que los efectos de la castración se aminoraban haciendo tomar al animal la testiculina (1). En el hombre, tras el extracto de testículo, he visto la prostatorrea, y en un caso especialmente, cada vez que el enfermo tomaba esta substancia, la orina se volvía turbia, y esta turbulencia persistía á pesar de adi-

(1) Serrallach y Parés: *Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaires*, número 11. París, 1908.

cionar á la misma unas gotas de ácido nítrico, lo que significaba que aquel trastorno no provenía de ninguna alteración digestiva. Indudablemente esta pérdida de la transparencia procedía de la hipersecreción prostática, por cuanto había plétora prostática. La atrofia de la próstata que sucede á la castración, se debe indudablemente á la falta de la secreción interna del testículo, como *reguladora de la vida prostática.*

La prostatectomía en el perro ha permitido observar á Serrallach y Parés (1) algunos datos desconocidos sobre la función de esta glándula. Tras esta operación han visto un paro en la espermatogenesis, de manera que los animales prostatectomizados carecen de eyaculación cuando se les intenta mansturbar. Esta aspermia es tanto más intensa en cuanto la extracción de la próstata es más total. Por medio de una hemiprostatectomía no se determina la aspermia. En cambio, si quitamos la mayor cantidad posible de próstata y á la vez suministramos extracto glicérico de dicha glándula, los perros eyaculan aunque sea en muy poca cantidad; no obstante, es lo suficiente para que se halle espermatozoides en el sémen. Todos estos hechos significan que la próstata tiene una secreción interna que activa la espermatogenesis; esta hipótesis viene confirmada por el siguiente experimento: si se secciona el deferente al ras del epidídimo, y después de haber exprimido este último se da una inyección intravenosa de 15 cent. cúb. de extracto de próstata, se verá primeramente que aumenta la hemorragia en el punto seccionado, y luego del conducto del testículo aparece el sémen espontáneamente. En un caso el fenómeno fué tan demostrativo que el color blanco del sémen se destacaba á distancia del rojo de la sangre. En la menor parte de casos, uno se hace cargo de la espermatorrea por la expresión del epidídimo. Un perro á quien habíamos seccionado los dos deferentes cuando á lós seis meses le dilatamos el quiste espermático que se le había formado, en el contenido se observaron espermatozoides degenerados é inmóviles; bastó entonces una inyección intravenosa de prostatina para que se encontraran á los dos ó tres minutos espermatozoides vivos. La inyección intratesticular de prostatina ha sido negativa; en cambio se observó la espermatorrea tras una inyección subaragnoidea. También fué de efectos positivos después de seccionar la médula al nivel del segundo par lumbar. Por este cúmulo de fe-

(1) Comptes rendus à la Société de biologie. Sesión del 28 diciembre 1907. Comunicació a l'Academia y Laboratori de Ciencias Médicas de Catalunya. Sesión del 5 febrero 1908.

menos, creemos, con Martín Parés, que la próstata tiene una secreción interna que excita la espermatogenesis.

En la vida de los perros prostatectomizados se observa un fenómeno muy interesante. Hemos dicho ya que en pos de esta intervención el animal es aspermático, de modo que se hace imposible hallar el espermatozoide tras la mansturbación. No obstante, este estado no es definitivo, sino que al cabo de un tiempo variable (de dos á cuatro meses), los animales vuelven á eyacular, conteniendo el sémen infinidad de espermatozoides. Este hecho procede de que la prostatectomía no ha sido total en el verdadero sentido histológico, por cuanto las autopsias y el análisis histológico han puesto en evidencia que la próstata se había regenerado. Un perro, sacrificado al cabo de un año de la operación, se le encontró esta glándula de forma irregular, con una serie de surcos que delimitaban bloques aislados de parénquima, como representación y consecuencia de los acinis que escaparon del acto traumático.

Ante este nuevo fenómeno cabe preguntar: ¿No habiendo efectuado una extirpación total de la próstata, pueden tener valor las deducciones fisiológicas que en pos de estas operación han hecho Serrallach y Parés? (1). En nuestro concepto, lejos de desvirtuarlas, creemos vienen á afianzar una vez más la teoría que sustentan, porque así como Von Meister ha visto que la disminución de la urea en la orina era proporcional á la cantidad de hígado extirpado, también la espermatogenesis está en relación con la cantidad de tejido prostático. No es extraño que después de la prostatectomía, la pequeña porción de glándula que escapa del bisturí, pase un período de parálisis funcional, en que mientras unos acinis son eliminados por necrobiosis, los otros están ocupados en la reconstitución anatómica, para una vez obtenida ésta, empezar el proceso de mancomunización y así dar principio al reintegro de la función. Sólo á partir de este momento, se hallará que el testículo trabaja por orden de la próstata, de lo contrario, persiste la aspermia, como característica de la falta de dicha glándula.

Estos experimentos confirman: 1.°, que para que tenga lugar la regeneración de una glándula, es preciso dejar una pequeña porción de la misma; 2.°, como dice Carnot, que en los organismos superiores es imposible la regeneración morfológica, en cambio, es un hecho la funcional, y 3.°, que por los procedimientos quirúrgicos ordinarios es imposible extirpar toda la próstata.

(1) *Anals de Medicina*, núms. 3, 4 y 5 de 1908. Barcelona.

Cuando á raíz de las prostatectomías perineales, según la técnica de Albarrán, Gosset y Proust, se observaron algunas incontinencias de orina post operatorias, llegó á creerse si la próstata desempeñaba algún papel en el fenómeno de la retención normal de orina Bastó que Fuller en América y Freyer en Europa, extirpasen la próstata por la vía alta, para que se viera lo infundado de esta opinión, pues desaparecieron las incontinencias del cuadro de las complicaciones post operatorias. Ninguno de nuestros perros operados ha sufrido alteración en el acto de vaciar la vejiga, la frecuencia ha sido normal y la continencia absoluta.

VESÍCULAS SEMINALES

El estudio de la próstata y de las vesículas seminales, en el toro, carnero, cobayo, conejo, cerdo, gato, caballo y perro, vino á demostrar á Serrallach y Parés (1), que su presencia no es constante y que el volumen de las mismas sufre variaciones en los distintos animales. Así tenemos que el cobayo, toro, carnero, caballo, que poseen unas vesículas seminales enormes; en cambio, ofrecen una próstata pequeña, al extremo de que en el primero no existe. En contraposición á este hecho tenemos que, poseyendo el perro y gato una próstata voluminosa, carecen de vesículas seminales. Estos resultados de anatomía comparada parecen indicar que la próstata y las vesículas seminales son dos órganos que se sustituyen mutuamente en las distintas especies, de modo que cuando falta alguno de ellos, la naturaleza, como á medida compensadora, hace desarrollar el que persiste, como si sus misivas fuesen análogas en ciertos extremos, por ejemplo, en el papel de glándulas.

Por otra parte, la misma anatomía nos hizo ver que la disposición de las vesículas seminales no era la más á propósito para ejercer el papel de reservorio del sémen, conforme se acepta hoy día, puesto que por una parte en todos los animales se ha visto que los deferentes desembocan directamente en la uretra y á la vez las vesículas seminales hacen otro tanto sin mediar ninguna comunicación con los deferentes, lo que hace imposible el acúmulo del licor testicular en las vesículas seminales, porque antes se escaparía á través de la uretra.

Estas razones convencieron nuestro ánimo; sin embargo, quisimos ensayarlo experimentalmente, pero antes fué analizado el con-

(1) *Revista de Medicina y Cirugía.* Abril, 1908. Barcelona.

tenido de las vesículas seminales en 10 toros. En 8 de estos animales no se encontró el espermatozoide, y en los dos restantes se hallaron algunos en la porción terminal ó uretral, que sin duda habían emigrado del deferente, en virtud de sus movimientos propios. Si, en verdad, las vesículas seminales fuesen el reservorio de la esperma, lo más natural hubiera sido encontrarlos en todos los casos. Que las vesículas seminales no son el reservorio del sémen, lo demuestran los hechos experimentales siguientes: después de haber abierto el abdomen de un cobayo, se ligó el deferente derecho y la vesícula seminal izquierda en su punto de arranque, respetando el meso, por el cual transcurren los medios de nutrición. En el vértice de cada vesícula se hizo una pequeña incisión para dar salida á su contenido y al efecto fueron exprimidas de manera á dejarlas completamente vacías. En este estado, á ser verdad que las vesículas seminales son el reservorio del sémen, no podían jamás volverse á llenar. Pues bien, al cabo de una hora, las vesículas seminales *estaban completamente llenas* de su licor habitual. A otro cobayo se le extirpó un testículo y la vesícula seminal homónima fué vaciada. Cuando estuvo á salvo de la operación, se le dejó excitar con una hembra, sin llegar á cohabitar, y entonces fué sacrificado y pudo verse que ambas vesículas estaban llenas. ¿De dónde podía haber venido el líquido que llenaba la vesícula seminal correspondiente al testículo extirpado sino del propio órgano?

Estos hechos demuestran hasta la evidencia que las vesículas seminales son unas glándulas, en vez de receptáculo del sémen.

En los animales estos fenómenos son matemáticos, mas cuando tratamos de aplicarlos al hombre, si bien hay hechos que lo demuestran, no obstante, dada la existencia de los eyaculadores que reunen las vesículas seminales y los deferentes, el asunto se presenta algo más complejo. Se acepta que las vesículas son el reservorio del sémen, porque en su contenido se halla el espermatozoide. Con M. Parés creemos que este fenómeno tiene poco valor, porque siendo el gérmen prolífico una célula autónoma, puede correrse á distintos órganos, como los vemos en la vejiga urinaria y en la uretra posterior, y con más motivo, dada su proximidad, puede penetrar en la vesícula.

En el toro, á pesar de estar incomunicada con el deferente, los hemos hallado dos veces en 10 vesículas. Un enfermo, á quien habíamos extirpado un testículo en pos de una excitación, se encontró la vesícula pletórica, prueba de que es una glándula. Si las vesí-

culas seminales fuesen el reservorio del sémen, después de la castración total, no veríamos jamás eyaculaciones mucosas, ó sea vesiculares; sin embargo, la práctica enseña que los enfermos continúan eyaculando durante un corto período hasta que se presenta la atrofia de las glándulas seminales.

Si se analiza al microscopio todo el líquido mucoso de una eyaculación, no se encontrará por igual repartido el espermatozoide, sino que en partes faltan por completo y en otras existen en cantidad exorbitante. Coinciden estas últimas con aquella parte de esperma de fondo transparente y salpicada de unos puntitos blancos, que probablemente proceden del deferente, y que se diluyen con el líquido de las vesículas, esencialmente mucoso. Esta mezcla no se efectúa hasta pasado un buen rato de la eyaculación, porque inmediatamente de ésta, los espermatozoides todavía están acantonados en ciertos puntos. Esto parece significar que los testículos contribuyen con poco líquido en la constitución de la esperma, y así efectivamente se observa en los animales; por ejemplo, Serrallach y Parés (1) han dejado excitar á un cobayo (á quien se habían extirpado $^3/_4$ de vesículas) con varias hembras, sin dejarle consumir el coito y luego lo han sacrificado. La autopsia ha dejado observar que la uretra posterior de dicho animal estaba inundada de líquido, presto á salir al exterior, pero este líquido no tenía la misma coloración, sino que una parte, la más próxima al meato, era amarilla, ó sea procedente de los deferentes, y la otra en muchísima mayor cantidad, blanco nacarada y que provenía de las vesículas seminales. Indudablemente en el hombre los deferentes hacen una especie de siembra sobre el licor de la próstata y de las vesículas seminales.

Serrallach y Parés, conforme hemos dicho, han extirpado á un cobayo las vesículas seminales desde su punto de arranque de la uretra, no sin antes haberse cerciorado de la fecundidad de este animal. Pues bien, tan pronto hubo escapado de los peligros de la operación, este cobayo fué juntado á una hembra recién parida, por espacio de ochenta días; durante este período se observó distintas veces que le invitaba al coito y jamás pudo observarse que lo consumaran. Pasado este lapso de tiempo fué sacrificada la hembra y se encontró el útero completamente vacío, prueba de que nunca lo había fecundado. Visto este resultado, durante toda una tarde, se puso en relación el macho operado con distintas hembras, y si bien va-

(1) Comunicación al Instituto Medico-Farmacéutico. Sesión 21 febrero de 1908. Barcelona.

rias veces intentó fecundarlas, nunca triunfó, porque en la autopsia de algunas de ellas jamás se encontraron espermatozoides en la vagina. En pos de esta serie de excitaciones genitales fué sacrificado el macho y con sorpresa pudo observarse que la uretra posterior estaba bañada de sémen en disposición de salir al exterior. En la misma autopsia pudimos convencernos que las vesículas seminales no habían sido totalmente extirpadas, y que precisamente había quedado la porción más glandular, ó sea la pre-uretral; sin embargo, este segmento había sufrido una dilatación, cuyas paredes estaban sujetas á los tejidos colindantes por medio de tejido conjuntivo de nueva formación. Semejante estado de cosas hizo concebir á Serrallach y Parés (1), que las series de excitaciones á que había estado sometido habían producido una hipersecreción de las glándulas espermáticas, cuyo producto estaba detenido en la uretra posterior en espera de la eyaculación. ¿ Por qué no se presentó esta última? Probablemente por faltar al animal los órganos expulsivos, ó sea las vesículas seminales. Esta conclusión nos lleva de la mano á admitir que *las vesículas seminales son glándulas eyaculadoras.*

Así como se ha visto que la castración total determina la atrofia de la próstata, también han observado Serrallach y Parés que la extirpación de los dos testículos provoca la atrofia de las vesículas seminales. Probablemente estos fenómenos serán la consecuencia de las secreciones internas respectivas.

Como con el licor prostático, han observado Serrallach y Parés que los espermatozoides, en contacto con el licor vesicular, viven muchísimo más que cuando no van asociados con dicho elemento.

DEFERENTES

Por la anatomía comparada, vemos que los deferentes tienen dos formas distintas. En unos animales, dichos conductos ofrecen casi el mismo calibre durante todo su trayecto, y en otros, al contrario, antes de desembocar en la uretra presentan una dilatación que en el hombre se llama ampolla de Henle. Según la opinión de Serrallach y Parés, los deferentes que tienen dilatación terminal vienen en ayuda de aquellos testículos que por su lenta función espermatorréica no pueden elaborar en un momento dado, ó sea el de la excitación genital, el licor prolífico necesario para derramarse en la uretra posterior por plétora, y esto hace que gracias á aquel pequeño re-

(1) *Annales des Maladies des Org. Genito-Urinaires*, núm, 12. París, 1908.

ceptáculo, en la eyaculación, al contraerse el deferente, expulse algo de su contenido, quedando siempre un remanente como medio de reserva.

Han observado precisamente Serrallach y Parés que los animales que poseen mayor dilatación terminal del deferente, son aquéllos que tienen la próstata menor; esto vendría á corroborar el papel de dicha glándula sobre la espermatogenesis.

En cambio, los animales que tienen la próstata más voluminosa son aquéllos que no tienen ampolla de Henle, lo cual significa que el licor prolífico que se derrama durante el coito, acaba de formarse durante la excitación y sale por rebosamiento del deferente, por cuanto en el perro y en el gato ni hay vesícula seminal, ni ampolla de Henle donde podría acumularse el sémen; en cambio, se destaca la próstata por su gran volumen y por su función espermatogénica.

Es indudable que los deferentes, con las vesículas seminales, constituyen el aparato eyaculador; gracias á sus contracciones isócronas, ni el sémen retrocede por los deferentes, ni por las vesículas seminales durante la eyaculación.

Si se analiza al microscopio el contenido del deferente de un cobayo á diferentes alturas, no deja de llamar la atención que si se recoge el licor al ras del epididimo, éste está preñado de espermatozoides, de manera que es imposible hallar una vacuola donde se encuentren espermatozoides libres; al contrario, forman una tupida malla. Sin embargo, en cuanto el licor prolífico procede de puntos del deferente más cercanos á la uretra, entonces se hallan más diluídos los espermatozoides y dan á entender que á dicho licor se ha sumado otro procedente de las paredes del propio conducto. Esta hipótesis vino confirmada por la experimentación, porque después de haber seccionado y exprimido el deferente al ras del testículo, al cabo de una hora ya volvía á estar lleno de líquido, prueba de que su superficie interna es una vasta *superficie glandular que facilita la vida y progresión del espermatozoide.*

TESTÍCULOS

No hablaré ni de la espermatogenesis ni de aquella secreción interna que Brown-Sequard describió, por ser estas dos funciones reconocidas y aceptadas unánimemente; sólo recordaré que la secreción externa del testículo obedece á la interna de la próstata, conforme lo han demostrado Serrallach y Parés, de modo que con la prosta-

tina tenemos un medio para activar la excreción del licor prolífico. Al propio tiempo, estos mismos Sérrallach y Parés han puesto en evidencia que el testículo, por medio de su secreción interna, excita la prostatorrea, conforme se ha dicho antes al tratar de la próstata. ¿Esta secreción es la misma de Brown-Sequard? Por el momento es imposible contestar á esta pregunta. No hacemos más que apuntar estos datos, porque se han discutido al estudiar la función de la próstata.

Los diversos tratamientos que se han aplicado á la disuria senil y á la hipertrofia de la próstata, han desentrañado algunos de los secretos de la relación genitovesical. Antes se creía que aquellos prostáticos que volvían á orinar después de la castración, lo efectuaban gracias á que su próstata se había atrofiado, como lo vemos que ocurre en los animales después de castrados. Sin embargo, ya Albarrán y Motz vieron en las autopsias de algunos prostáticos castrados con fecha de un año, que no presentaba la próstata ni disminución de volumen ni atrofia de sus tejidos; por lo tanto, el retorno de la micción no podía proceder del achicamiento del obstáculo, sino de otro fenómeno íntimamente relacionado con los testículos. Por otra parte, Albarrán vió un prostático, en retención completa desde seis meses, orinar á las cinco horas de la castración. ¿Podía haberse producido la atrofia de la próstata? De ninguna manera. Albarrán también ha observado en el curso de la prostatectomía perineal que la vejiga recobra la contractilidad tan pronto se ha empezado á extirpar los primeros fragmentos de parénquima prostático. Sin duda la vejiga, nos dice Albarrán, sufre en esta enfermedad *una inhibición de su poder contráctil, que puede tener su origen en el obscuro trabajo de proliferación glandular de la próstata, en la congestión crónica, etc.*

Janet, raciocinando sobre los conceptos emitidos por Albarrán, nos dice: *no se trata aquí de una inhibición prostatovesical, particular á la hipertrofia de la próstata, sino de una inhibición génitovesical debida á la exageración de un fenómeno normal en el hombre.*

Por esta inhibición recíproca génitovesical y vésicogenital, se logra eyacular sin orinar y orinar sin eyacular. Sin embargo, cuando trata Janet de explicarse lo que ocurre con la prostatectomía, no sabe cómo la vejiga se sustrae de la inhibición genital, y se pregunta si es debido á la sección de algun nervio, y termina creyendo que es un asunto todavía á resolver.

Por medio de una serie de experimentos, Serrallach y Parés han

demostrado que la influencia génito-vesical obedece á la secreción interna del testículo, pues tras las inyecciones intravenosas de extracto glicérico de testículo, han visto que la vejiga del perro aumentaba su capacidad y que, en cambio, los esfínteres (cuello y uretra membranosa) se contraían. Ambos fenómenos, cuando son concomitantes, conducen á la retención de orina, ó sea á la inhibición de la contractilidad de la vejiga (Albarrán y Janet). Esta inhibición la vemos repetida infinidad de veces en la vida normal, así tenemos que la micción nos es difícil en todos aquellos momentos de excitación genital; la erección, por ejemplo, porque es precisamente en estos estados cuando los testículos segregan más testiculina que, vertida al torrente circulatorio, pone parésicas las paredes de la vejiga y contrae los esfínteres, dando lugar á la inhibición génitovesical. Esto viene á demostrar, como Janet predijo, que se trata de un fenómeno normal y no de una inhibición patológica.

Existen otros hechos, sin contar la experimentación, que apoyan la veracidad de la teoría de Serrallach y Parés. Estos han visto curarse muchos eneurésicos tomando la testiculina por la vía gástrica, y todos se alivian cuando el extracto glicérico es fresco y bien preparado (1). La testiculina, para dar buenos resultados, tiene que usarse en aquellos incontinentes sin lesión órgánica, de lo contrario fracasa. Recientemente he visto un prostático, en el primer período ó congestivo, aliviarse de su polaquiuria tomando la testiculina.

Esto demuestra que el testículo, por medio de su secreción interna, tiene una influencia inhibidora de la dinámica de la vejiga y que en ciertos momentos tanto puede obrar en exceso como por defecto, entrando entonces en el estado patológico.

Por la hipersecreción de testiculina, se observan retenciones de orina en el priapismo crónico, en los prostáticos sin próstata, en los abusos sexuales, y por este mismo motivo la castración triunfa en ciertas retenciones de orina, porque agota la fuente de producción. Por hiposecreción vemos la eneuresis nocturna esencial, y cuando se establece el equilibrio, haciendo ingerir testiculina, se restablece la retención y con ella la normalidad. Este equilibrio puede obtenerse espontáneamente, porque son muchos los eneurésicos que se orinan por la noche hasta que los testículos entran en la pubertad. En el momento del coito, la misma acción de la testiculina produce una contracción del cuello de la vejiga, conforme se ha dicho

(1) La testiculina de perro y conejo vulgar es la más activa, con la de toro de lidia no hemos tenido ningún éxito.

antes, y esto, según Serrallach y Parés, es causa de que el sémen, durante la eyaculación, no retroceda hacia la vejiga. No se puede admitir que el veromontanum al ponerse eréctil impida el acceso del sémen á la vejiga, porque el perro, por ejemplo, carece de vero, y no obstante eyacula durante bastante tiempo.

La secreción interna del testículo, moderadora de la contractilidad vesical, constituye un nuevo factor que se habrá de tener en cuenta en la interpreción de los fenómenos fisiopatalógicos de las bajas vías urinarias (1).

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL DOCTOR

DON EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

SUMARIO: I. Tratamiento de la malaria por el atoxil.—II. El masaje oleoso en la peritonitis tuberculosa.—III. Un nuevo tratamiento de las anginas.—IV. El azufre coloide.—V. Los nísperos como remedio de las enteritis.—VI. Empleo del sulfato de cobre contra la actinomicosis.—VII. Acción antiblenorrágica del ligosin-sodio.

I. Tratamiento de la malaria por el atoxil.—Las aplicaciones terapéuticas de dicho compuesto arsenical son cada día más numerosas.

Según refiere *Much. med. Woch.*, Georgopulos lo ha empleado hace pocos meses contra el paludismo, bajo forma de inyecciones hipodérmicas á la dosis inicial de 2 $^1/_2$ cent. cúb. de una solución acuosa al 20 por 100, ó sean 50 centígramos de atoxil cada veinticuatro horas.

Después, inyecta la misma cantidad tres veces por semana, y antes de dar por terminada la medicación, practica tres inyecciones con tres días de intervalo entre cada una.

Los enfermos reciben de este modo una cantidad total de 4 gramos 50 centígramos del medicamento en dieciocho días, habiendo demostrado las investigaciones practicadas con objeto de descubrir la presencia del arsénico en las orinas, que el momento más favorable

(1) En los números 3 y 4 de los *Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaires*, de 1908, París, se encontrará esta cuestión más detallada.

para administrar el remedio de que se trata es de dos á cuatro horas antes del acceso.

Hasta ahora, el autor ha hecho uso de las inyecciones subcutáneas de atoxil en 14 individuos afectados de fiebres palúdicas, observando en todos ellos la desaparición de los accesos febriles y del infarto del bazo, así como una rápida mejoría del estado general. Los hematozoarios desaparecieron también completamente de la sangre de los enfermos.

Según se deduce de estos resultados, la anilida meteoarsénica posee una acción curativa indiscutible sobre la malaria, pues las observaciones recogidas por Georgopulos se refieren á sujetos que no habían tomado quinina; pero nada se puede afirmar aún sobre la constancia y energía de dicha acción ni sobre el verdadero valor del atoxilo como sucedáneo ó sustituto de dicho alcaloide. Cuestión de tanta importancia sólo puede resolverse por medio de un gran número de observaciones.

También es necesario establecer la dosis exacta á que debe emplearse el referido compuesto arsenical; si puede ser igualmente útil en todas las manifestaciones del paludismo; si resulta, no sólo inofensivo, sino también beneficioso, en la fiebre hematúrica, y si, como ocurre en la tripanosomiasis, posee acción profiláctica contra la malaria.

Por ahora sólo es posible afirmar que las dosis empleadas por el autor no han producido grandes fenómenos de intolerancia, á pesar de tratarse de cantidades un tanto elevadas. Sólo algunos enfermos acusaron dolores gastro-intestinales, diarrea y sensación de sequedad en la garganta; pero todos estos trastornos desaparecieron con gran rapidez y sin haber llegado á adquirir nunca extraordinaria intensidad.

II. **El masaje oleoso en la peritonitis tuberculosa.**—Dicho procedimiento, es decir, el masaje realizado después de haberse mojado bien las manos con aceite de hígado de bacalao, parece haber producido en la clínica del Dr. Ducamp-Turrer resultados verdaderamente notables.

Entre las numerosas observaciones recogidas hasta ahora por el indicado Profesor, merecen mención muy especial las tres siguientes:

Muchacho de dieciséis años, enfermo de peritonitis tuberculosa y sometido desde hacía diez ó doce meses á los más variados tratamientos sin obtener ninguna mejoría. El masaje oleoso proporciona,

por el contrario, un alivio sumamente acentuado desde las primeras aplicaciones. Poco á poco las nudosidades y la ascitis desaparecen, y al cabo de seis meses la curación no sólo es completa, sino también definitiva, pues dos años más tarde el individuo continúa sin novedad.

Otro niño, muy débil, estenuado, con diarrea y síntomas indudables de tabes mesentérica, que había sido tratado durante largo tiempo y sin obtener ningún beneficio por la carne cruda y las pequeñas dosis de mercurio, fué sometido al masaje oleoso todas las mañanas al salir del baño, aplicándosele también, sobre el abdomen, grandes compresas empapadas en el mismo aceite. Estas compresas se mantenían colocadas durante toda la noche.

El resultado de dicha medicación no pudo ser más satisfactorio ni más rápido. A los pocos días, el enfermo empezó á mejorar y á aumentar de peso, y algunos meses más tarde todos los síntomas de peritonitis tuberculosa habían desaparecido.

Ultimamente, un tercer muchacho, con tos, hemoptisis y antecedentes reveladores de una infección tuberculosa, se restablece después de largo tiempo de medicación por el aceite de hígado de bacalao; pero varios años más tarde sufre nuevas infecciones de los ganglios del cuello, acompañadas de trastornos digestivos de carácter dispéptico.

El Dr. Turrer prescribe entonces el masaje oleoso, la aplicación de compresas sobre el vientre durante toda la noche, el reposo absoluto del enfermo, el subnitrato de bismuto y el ácido clorhídrico diluído, con lo cual el alivio se manifiesta desde los primeros días. Al cabo de un mes se pudo comprobar un aumento de peso de dos kilos y medio; todos los trastornos digestivos habían desaparecido, y tres meses más tarde la curación era completa.

III. **Un nuevo tratamiento de las anginas.**—Desde hace largo tiempo, el Dr. Berliner viene observando que las anginas, tratadas directamente por la boca, recidivan con mucha frecuencia, no obstante haber hecho uso de las medicaciones antisépticas más generalizadas y eficaces.

A su juicio, tales resultados dependen de la coexistencia de un catarro nasal, cuya secreción se vierte en la faringe; por lo tanto, para actuar con mayor energía sobre el órgano enfermo y evitar la repetición de esta clase de inflamaciones secundarias, es necesario actuar sobre la mucosa de las fosas nasales, procurando que el medicamento empleado siga el mismo camino que las secreciones

de dicha mucosa. Con este objeto dispone una pomada de protargol con lanolina, cuya fusión gradual y siempre lenta, garantiza la duración del efecto astringente y microbicida.

He aquí su fórmula:

Protargol.....	1 gramo 50 centig.

Disuélvase en 2 gramos 50 centig. de agua fría, y mézclese con

Lanolina.....	6 gramos.
Mentol.....	10 centígramos.
Sacarina.....	30 centígramos.
Vaselina c. s. para completar.....	15 gramos.

Los enfermos se introducen en cada fosa nasal una porción de dicha pomada del tamaño de un guisante, friccionándose ligeramente con ella el interior de las narices, y repitiendo la aplicación en cuanto desaparece el sabor á sacarina que acusan al poco tiempo, pues esto demuestra que ya se ha agotado la dosis aplicada anteriormente.

Bajo la influencia de tan sencilla medicación, las anginas catarrales se curan, ó por lo menos se modifican en sentido favorable con gran rapidez, así como la ronquera que suele acompañarlas, y las parenquimatosas evolucionan y se disipan todavía más pronto que las catarrales.

El mismo tratamiento es aplicable, con gran ventaja, á todos los casos de difteria nasofaringea, claro está que sólo en concepto de medicación secundaria. También resulta muy útil en el coriza.

IV. **El azufre coloide.**—Se presenta bajo forma de polvo blanco-grisáceo, soluble en el agua, con la que forma un líquido de aspecto lactescente. Bajo la influencia de la luz refleja, dicha solución aparece azulada.

El producto de que se trata, llamado también *sulfoide*, posee reacción neutra; contiene 80 por 100 de azufre y 20, por igual proporción, de materias albuminoideas, que son necesarias para producir el estado coloidal del primero, dar á la preparación suficiente estabilidad y hacerlo soluble en agua fría; es insoluble en el alcohol, en la mezcla de alcohol y éter, en la acetona y en las soluciones concentradas de cloruro sódico; se disuelve muy bien en las soluciones fisiológicas de la referida sal sódica y precipita bajo la influencia de las sales alcalinas y amoniacales, formando grumos que se disuelven por la simple adición de agua.

Los líquidos albuminosos (suero, sangre, etc.), no precipitan el medicamento, pero sí lo hace el alcohol, la mezcla de alcohol y éter, la acetona y todos los ácidos algo concentrados, bastando neutralizar el líquido cuando se trata de estas últimas, ó desalojar por evaporación los precipitantes, cuando se trata de los primeros, para obtener en seguida la redisolución del precipitado.

El azufre coloide arde con llama azulada, carece por completo de acción cáustica ni irritante, y se incorpora con gran facilidad á las materias grasas, vaselina, lanolina y cera, formando pomadas en las cuales el azufre se encuentra en estado de extrema división. También puede mezclarse con los jabones.

Sus soluciones acuosas deben ser siempre recientes, pues al cabo de algún tiempo forman un depósito insoluble en el fondo del vaso Para prepararlas se vierte el agua fría sobre la cantidad necesaria de sulfoide, se deja en contacto algunos minutos y después se agita la mezcla con precaución.

En cuanto al modo de obrar y efectos medicinales de este nuevo remedio, son exactamente los mismos del azufre ordinario, pero con una actividad y una energía muchísimo mayor, en virtud del estado de extrema división en que se encuentra el medicamento. Por eso, aun haciendo uso de preparaciones poco concentradas, dichos efectos resultan muy grandes.

Max Joseph (*Apoth. Zeitg.*) considera la concentración al 10 por 100 como la más preferible, tanto para soluciones y pomadas como para mixturas de todas clases, pues cuando se prescriben proporciones más altas queda siempre un exceso de sulfoide sin disolver, y las más débiles, aun siendo, como son, verdaderamente activas, no cumplen en ciertas ocasiones el fin terapéutico á que se las destinaba.

El azufre coloidal posee idénticas indicaciones que el azufre precipitado.

En las seborreas ligeras de la cara debe comenzarse por soluciones débiles (2 á 5 por 100) para practicar con ellas varias locciones al día. Después se va aumentando poco á poco la cantidad de principio activo, hasta llegar á hacer uso de las al 10 por igual proporción.

En los acnés indurados se recomienda mucho la pasta salicilada de Lassar, unida al sulfoide en proporción de un 10 por 100, para aplicarla por las noches sobre las partes enfermas.

Si á consecuencia del uso muy prolongado de esta preparación

sobrevienen dermatitis artificiales, se aconseja prescribir la pomada siguiente:

Azufre coloide	10 partes.
Acido salicílico	2 —
Vaselina blanca	100 —

El mismo tratamiento puede emplearse en el acné rosáceo.

En el acné dorsal, la solución de Vleminkx constituye el remedio que proporciona hasta ahora mejores resultados, pero tiene el grave inconveniente de desprender un olor sulfuroso insoportable, cuando ha sufrido la modificación indicada por Schneider. Por tal motivo se emplea actualmente como sucedáneo de la referida solución y de todas las preparaciones de sulfuro de calcio, una mezcla de pasta de azufre coloide y de jabón graso, que puede prescribirse de esta manera:

Azufre coloide	50 gramos.
Agua destilada	350 —
Jabón graso	150 —
Esencia de azahar	V gotas.

Para obtener 500 gramos de producto.

El medicamento de que nos venimos ocupando está muy especialmente indicado en la alopecia seborréica de forma pitiriásica. Max Joseph recurre siempre para combatir dicha afección á las soluciones acuosas al 10 por 100, adicionadas del perfume que más guste al enfermo, para practicar con ellas una locción al día y aplicar después una capa de pomada de jabón blando con azufre.

También resulta muy eficaz mezclándolo con el óxido de zinc bajo forma de mixtura, contra la pitiriasis rósea y el eczema escamoso.

He aquí la fórmula preferida por dicho Profesor:

Azufre coloide	10 partes.
Almidón	20 —
Oxido de zinc	20 —
Glicerina	30 —
Agua destilada	100 —

Para practicar embrocaciones después de haber agitado bien la mezcla

Por último, algunos autores lo han empleado contra el strophulus infantil y contra la sarna, pero si se quieren obtener resultados positivos en esta última enfermedad, es indispensable hacer uso de pomadas al 20, al 30 y hasta al 50 por 100.

V. **Los nísperos como remedio de la enteritis crónica.**— Un médico de la marina francesa, el Dr. Mercier, después de haber experimentado

en sí mismo los buenos efectos de tan singular medicación, la ha ensayado en 24 enfermos de diarrea crónica, asistidos en el hospital de Lorient, 22 de los cuales habían adquirido su padecimiento en las colonias.

Cualquiera que fuese el carácter de las deposiciones y la variedad y duración del proceso intestinal antes indicado, casi siempre obtuvo resultados muy favorables. De dos á cuatro días después de comenzar el tratatamiento desaparecían las diarreas, las heces fecales recobraban su aspecto ordinario y todos los demás síntomas empezaban á ceder.

Sólo tratándose de verdaderas crisis de disentería aguda, el remedio resultaba ineficaz, y cuando á consecuencia de un régimen alimenticio demasiado abundante volvían á presentarse deposiciones diarréicas, bastaba instituir de nuevo la dieta láctea para que dicho trastorno desapareciera de una manera definitiva.

El autor prescribe en todos los casos 2 litros de leche y 230 gramos de nísperos cada veinticuatro horas. Estos últimos sólo deben utilizarse cuando están bien maduros y previamente mondados. Así que las heces adquieren su aspecto normal, se va aumentando poco á poco la alimentación, según el orden siguiente: huevos crudos, crema de arroz, pescados, molleja de vaca, sesos, pollo y bifteck.

Si durante el curso de la medicación sobreviene una crisis de disentería aguda caracterizada por diarreas mucosanguinolentas ó por deposiciones exclusivamente mucosas, es de todo punto indispensable hacerla desaparecer por medio de la ipecacuana, las píldoras de Segond, el sulfato de sosa, etc., etc., antes de comenzar la administración de los nísperos, pues el efecto curativo de este remedio sólo se observa tratándose de enteritis catarrales, no específicas, acompañadas de manifestaciones francamente diarréicas.

Lo más notable del caso es que no pueden explicarse los buenos resultados obtenidos por Mercier, invocando una acción astringente más ó menos acentuada, pues se trata de una fruta que no la posee, ó por lo menos que no produce jamás estreñimiento. Todos los enfermos de enteritis crónica tratados por el método del autor, seguían haciendo dos deposiciones blandas al día, después de la completa desaparición de la diarrea, y en muchos individuos afectados de estreñimiento habitual se observó que la defecación se regularizaba bajo la influencia de los nísperos.

Como dichos frutos sólo duran dos meses (desde noviembre á enero), Mercier ha encontrado la manera de conservarlos, haciendo her-

vir durante tres cuartos de hora un kilogramo de aquéllos con 800 gramos de azúcar y medio litro de agua. El producto que así se obtiene se conserva en frascos de boca ancha herméticamente cerrados.

Conste, sin embargo, que esta preparación resulta algo menos eficaz que los nísperos frescos.

VI. **Empleo del sulfato de cobre contra la actinomicosis.** — Teniendo en cuenta que bastan cantidades verdaderamente infinitesimales de sulfato de cobre para destruir las algas y en general casi todas las especies de vegetales parásitos, de los que se encuentran en el agua, el Dr. Bevam, de Chicago, ha tenido la idea de emplear el mismo antiséptico contra la actinomicosis, prescribiendo dosis de 5 centígramos al día, divididas en tres fracciones al principio de la medicación. Después va aumentando progresivamente hasta llegar á 15 ó 20 centígramos cada veinticuatro horas, según la tolerancia del enfermo.

Además, cuando existen focos supurativos abiertos, refuerza la acción general del tratamiento interno, practicando copiosas irrigaciones con una solución de la referida sal al 5, al 8 ó al 10 por 1.000, según la rebeldía del proceso morboso y la abundancia de la supuración.

En los seis casos en que el autor ha hecho uso de la expresada medicación, los resultados no han podido ser más satisfactorios. Uno de ellos, sumamente grave, se refiere á una actinomicosis de origen apendicocecal que había invadido la excavación de la pelvis infiltrando los músculos rectos mayores del abdomen.

Tanto la intervención quirúrgica como la administración del yoduro potásico, como el empleo de la radioterapia, resultaron casi por completo ineficaces, no produciendo otros beneficios que algunos alivios tan inconstantes y pasajeros como poco acentuados.

En vista de la inutilidad casi absoluta de todas estas medidas, se comenzó á hacer uso del sulfato de cobre, observando que desde los primeros días de su administración el enfermo comenzó á mejorar. Después desaparecieron poco á poco todos los trastornos que antes experimentaba, aumentó 9 kilos de peso y la curación pudo considerarse como completa y definitiva en un período de tiempo relativamente breve, pues no llegó á exceder de seis semanas.

En cuanto á la extraordinaria importancia clínica de este caso, se comprenderá mucho mejor con sólo tener presente que el 65 ó 70 por 100 de las actinomicosis abdominales terminan por la muerte.

VII. **Acción antiblenorrágica del ligosin-sodio.**—Con la denominación de ligosin-sodio ó ligosin sodado, se conoce la combinación sódica de un nuevo producto obtenido por condensación del aldehido salicílico con la acetona y que se presenta en el comercio bajo forma de cristales prismáticos de color verde, muy solubles en agua fría, á la que tiñen de rojo.

Según el Dr. H. Angelillo, dicho compuesto, aun hallándose dotado de muy escasa toxicidad, posee propiedades bactericidas antipútridas y antifermentescibles sumamente enérgicas, pues sus soluciones al 2 por 1.000 esterilizan en quince minutos los cultivos de staphylococcos piógenos, en veinticinco los de streptococcos y en treinta los de bacilo coli.

Tratándose del gonococco de Neisser, la acción antiséptica del ligosin sodado es todavía mucho más grande, según ha tenido ocasión de demostrar Paradi, y esta importante particularidad es la que ha dado motivo al empleo de dicho medicamento contra la blenorragia, obteniéndose en todas las observaciones recogidas hasta ahora resultados muy satisfactorios.

Angelillo ha tratado también con el mismo producto, en solución al 5 por 100, 37 casos de metritis gonocóccicas, consiguiendo la curación de 32. Después de practicar una copiosa irrigación vaginal con agua hervida y de extraer las mucosidades purulentas acumuladas en el cuello del útero por medio de torundas de algodón mojadas en una solución hidroalcohólica de sublimado, inyectaba en la cavidad de la matriz, valiéndose para ello de la sonda de Braun, 8 ó 10 cent. cúb. de la solución de ligosin sódico antes indicada.

Los gonococcos desaparecieron al cabo de un plazo variable entre quince y cincuenta días.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 20 de Marzo de 1908.

Demencia precoz catatónica. — El Dr. *Fernández Sanz* expuso la siguiente historia clínica: Muchacho de veintiún años, dependiente en una casa de Toledo, en cuya provincia había nacido; hijo de madre histérica (padeció con frecuencia de cefaleas, ovalalgias, sensación de bolo ascendente, etcétera, en su juventud), y de padre irascible, violento, aunque no alcohólico, que había muerto de tuberculosis pulmonar. Nació de término y fué lactado por su madre, desarrollándose físicamente de modo normal; en cambio, el desarrollo psíquico fué muy precoz, pues cuenta su madre que á los dos años sabía rezar toda clase de oraciones y siempre fué estudioso, serio y retraído durante su infancia, ocupando los primeros puestos en el colegio. Desgraciadamente su familia era muy pobre y á los once años hubo de dar por terminados sus estudios y dedicarse á las faenas del campo; á los catorce logró entrar en una posada para llevar las cuentas, á las que siempre había tenido grande afición; poco después diéronle un destino en una oficina del fisco, donde trabajaba excesivamente, á pesar de lo cual ayudaba al maestro en la escuela nocturna de adultos, y además leía cuanto caía en su manos, robándole horas al sueño; últimamente estaba de dependiente en un comercio, donde tan pronto llevaba los libros como servía á la mesa.

El instinto sexual le ha tenido siempre muy apagado: no se le han conocido amoríos, ni inclinaciones hetero ú homo-sexuales; quizá fuera onanista, pero este punto no ha podido ser comprobado. A los siete años padeció fiebres tifoideas.

Estado actual y antecedentes de la enfermedad: Hallándose de dependiente en el comercio supradicho — sito en el pueblo de Talavera — empezaron sus amos á notar algo anómalo en su modo de ser: siempre había sido modoso, atento, solícito y, desde primeros de julio de 1906 cambió de carácter y se volvió suspicaz, susceptible, de malos modos y con rarezas; jamás había tenido vicio alguno, y desde entonces comenzó á beber y á fumar exageradamente y á cometer toda clase de necedades. Pero lo característico de esta nueva modalidad de su carácter era una impasibilidad absoluta ante toda reconvención y ante todo suceso; para terminar, llegó á perder los más elementales hábitos de pulcritud y limpieza — se orinaba en la cama, hacía sus necesidades en cualquier rincón, etc.

Se presentó en la consulta del Hospital de la Princesa el 8 de enero del año actual, empujado por su madre, á fin de que avanzara. Abandonado á sí mismo, permanecía inmóvil, con la cabeza baja, brazos pegados al tron-

co, en su cara anterior, y en semiflexión, manos en adducción forzada y piés en rígida extensión el uno y en semiflexión el otro. Musculatura facial rígida. No entendía ni obedecía; si se le sentaba ó se le colocaba en cualquiera otra actitud, la conservaba un espacio de tiempo indefinido, sin cansarse en apariencia. Carecía de sensibilidad afectiva: todo le era igual. No recordaba los hechos recientes. No hablaba; las pocas palabras que pronunciaba, en los momentos de su mayor lucidez, eran razonables. No tenía alucinaciones ni ilusiones. Dormía bien: ocho horas diarias, con sueño tranquilo. En cuanto á trastornos somáticos, presentaba: cianosis de extremidades, adelgazamiento notable, frente baja y estrecha, contrastando con el desarrollo del cráneo posterior, orejas asimétricas, órganos genitales normalmente conformados.

Temperatura y pulso normales. Pupilas normales, lo mismo que sus reflejos. Reflejos rotulianos y de Aquiles ligeramente exaltados. Carecía de apetito: tenía que ser alimentado por mano ajena porque no comía voluntariamente.

Después de exponer el caso clínico, el Dr. Fernández Sanz disertó sobre estos tres puntos: *a*) causa de la psicosis; *b*) nombre que debe dársele; *c*) pronóstico y tratamiento.

a) Hijo de histérica y de desequilibrado (arrebatado), su sistema nervioso no podía por menos de hallarse congénitamente predispuesto á enfermar; sus precocidades demuestran la exaltación de aquél. La ulterior lucha entre sus aspiraciones, gustos, etc., y la vida modestísima, y aun baja, que tenía que hacer, mantuviéronle en un estado emocional deprimente, mal compañero para su sistema nervioso. Una enfermedad, una causa de índole física ó afectiva, no se sabe qué fué, produjo el desequilibrio al fin.

b) Atendiendo á las dos clases de trastornos, psíquicos y somáticos, habidos en el enfermo, el nombre más conveniente para designar la enfermedad que sufre, parece ser el enunciado en el epígrafe. En efecto: la pérdida de toda sensibilidad afectiva, las perturbaciones habidas en su mente (amnesia de fijación, pérdida de hábitos de limpieza, rareza de carácter, etc., etc.), demuestran el déficit demencial: el estupor é impasibilidad que ostenta indican la catatonia. Y por último, la edad del enfermo justifica el adjetivo precoz.

c) El pronóstico de la demencia precoz es siempre grave; en el caso expuesto es fatal. En cuanto al tratamiento no cabe otro que la reclusión en un manicomio.

Conciencia é inconsciencia. — El Dr. *Sánchez Herrero* dijo que el estudio de este tema interesa por igual al psicólogo y al alienista. Conciencia es *el propio conocimiento;* por consiguiente, es *un acto*, cuya condición es el encéfalo y su causa el espíritu. Su finalidad es el progreso. Así como la Anatomía comparada es indispensable para interpretar muchos puntos de la Anatomía descriptiva, es necesario, para la mejor comprensión de la Psicología humana, profundizar en el estudio de los seres inferiores en cuanto á su elemento psíquico (Psicología comparada). Cita á este propósito el trabajo del Dr. Melcior (de Barcelona) y los de Sir Jhon Lubbock sobre las abejas y las hormigas. Sin negar el valor de la introinspección en Psicología, condensado en la frase de: *conócete á tí mismo*, opina que hay que

recurrir también al método de observación preconizado por Myers y á la experimentación (psicofísica)

Entrando en el examen de los estudios modernos sobre la conciencia, hizo mención del libro de Grasset sobre el *Hipnotismo y la sugestión*. Examinó la teoría poligonal de este autor y su concepto del psiquismo inferior y superior, atribuyéndole un fondo de verdad. Criticó después el libro *Human personality*, obra póstuma de Myers. Da á conocer su teoría sobre la conciencia *superliminal* y la *subliminal*, á la que este psicólogo reconoce facultades transcendentes (telepatía, telestesia, clarividencia, psicometría). Juzga esta doctrina errónea, porque un ser único no puede tener dos conciencias, pudiendo ser explicados los hechos que en su apoyo se citan por la teoría clásica. Hizo una leve referencia á la obra de Maxvell, París 1907, diciendo que no aventura ninguna explicación, sino que se limita á citar fenómenos. Pasó después á analizar el terreno de la Psiquiatría y lo que las enfermedades mentales nos dicen á propósito de la conciencia. En la parálisis general se demuestra que las ideas rigen á la conciencia, aumentando ó disminuyendo la intensidad de este acto. Así el mismo sujeto que hoy vemos angustiado y triste, víctima de las ideas hipocondriacas de negación, mañana le observamos con las ideas asistemáticas de grandeza, expansivo y decidor. Dos estados de conciencia distintos, sucediéndose en el mismo sujeto; prueba de que la conciencia, como la vida, es un acto. Hizo mención del llamado *sindrome de Cotard* en la melancolía, en el cual se notan : ideas sistemáticas de negación, ideas de enormidad, delirio melancólico, ansiedad, locura de oposición (tendencia al suicidio y á las mutilaciones voluntarias), lo que demuestra la sucesión de estados de conciencia, opuestos en breve tiempo. Nada más opuesto que una idea de negación y una de enormidad. Hizo constar también la influencia de la memoria sobre la conciencia, por la existencia de ideas de negación, como resultado de la amnesia senil.

Entró en el examen de la inconsciencia, considerándola como el *grado mínimo de la conciencia*, y no como pretenden algunos, desaparición de aquélla. Afortunadamente hay en Patología ejemplos convincentes de esta manera de ver. Recuerda la epilepsia larvada mental, tan bien descrita primero por Griesinger y después por Morel. Cita, como estado de inconsciencia, la llamada ausencia epiléptica (*mal menor*). Hizo alusión al siguiente caso de Magnan, en sus Lecciones de Santa Ana : Un joven epiléptico dormía con su padre en la misma habitación. Una noche se levantó el enfermo, cogió un cuchillo y asesinó á su padre, habiéndole encontrado al dia siguiente, al entrar los vecinos y la policía, ensañándose aún en el cadáver. Entonces recuperó la conciencia, habiéndose demostrado que no se había dado cuenta de nada. Todo había sido automático; todo inconsciente. El Dr. Sánchez Herrero insiste sobre el aspecto médicolegal del acto, por una parte y por otra, como prueba de que no es la inconsciencia la ausencia *completa* de la conciencia; pues si así fuera, no podrían realizarse hechos tan complejos como un asesinato, y que se ve tienen una finalidad, aunque mala, de destrucción.

Cuando nosotros queramos saber si un determinado acto es producto de la conciencia ó no, basta ver si en él existe alguno de los *caracteres funda-*

mentales de este atributo del espíritu, que son: 1.° Orientación (con relación al espacio y al tiempo). 2.° Sentido crítico (el vulgarmente llamado *discernimiento*). Y 3.° Adecuación del medio al fin (finalidad). Como ejemplo de actos inconscientes, cita el disertante el *automatismo comicial ambulatorio*, descrito por Charcot. El enfermo de este autor fué sin darse cuenta de Paris á Brest. El epiléptico observado por Cabadé fué en siete días de Paris á Hyères. Los compañeros de viaje nada de anormal notaron, y al recuperar la conciencia, la sorpresa de los pacientes fué grande al encontrarse en lugar desconocido, sin saber por qué se habían dirigido allí. El estudio atento de estos hechos enseña que la conciencia, como acto, tiene *intensidades* distintas, las cuales son originadas por las ideas y condicionadas por las afecciones que sufra el organismo. En particular, la corteza del cerebro. — J. Ibuerte.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 8 de Abril de 1908.

Síndromes pseudocoxálgicos.—El Dr. Blanc: La sintomatología de la coxalgia es equívoca, si se atiende á signos que, en obras clásicas y aun en las modernas, se consideran como fundamentales para el diagnóstico. Me refiero, sobre todo, al capítulo de las posiciones viciosas; analizando el mecanismo de producción de las mismas, se verá que ese mismo puede darse en afecciones que, ya no sólo en cuanto á naturaleza, sino también en cuanto á asiento, sean distintas de la coxotuberculosis. Examinemos esos mecanismos.

En el primer período, la extremidad se coloca en abducción, en rotación externa y flexión, para más tarde convertirse en rotación interna, en adducción, en camino de luxación.

Explica el mecanismo, según los autores que han visto como se produce, tanto en el vivo como en el cadáver. La abducción y rotación externa quieren la mayoría de los autores que dependa de la hipertensión, de la repleción de la cavidad articular por la exudación inflamatoria y dicen, en apoyo de su aserto, que cuando en un cadáver se hace una inyección forzada intraarticular, el miembro se coloca en la misma actitud que la primera de la coxalgia. Mas esos mismos autores se contradicen cuando afirman que, aun antes de invadir la sinovial articular, la lesión iniciada en la cabeza femoral (sabido es que en gran número de casos es primitivamente ósea), la extremidad enferma se coloca en la actitud ya señalada como característica del primer período coxálgico. En mi concepto, König es el que ha dado en la clave. Esa actitud es un movimiento instintivo para evitar la presión, la gravitación del cuerpo sobre la extremidad afecta, y es el mismo que el que encamina á la posición del que está mucho tiempo de pié, ó la posición del soldado en descanso.

De suerte que la situación de abducción ó rotación externa es instintiva; el segundo movimiento que se presenta en la extremidad no se verifica

por el mecanismo del anterior, es un movimiento de contractura muscular, por vía refleja, ó más bien neurítico; no es instintivo, es contractural.

En síntesis: las posiciones viciosas de la coxalgia son debidas ó se producen por estos dos mecanismos.

Partiendo de esa base, fácil es comprender por qué se han presentado en los casos que sucintamente voy á relatar los síndromes que describiré, síndromes en cuya producción han intervenido análogos mecanismos que los productores de algunos síntomas coxálgicos, aunque aquéllos deriven, como se verá, de procesos patológicos bien distintos.

Primera observación.—Enfermita que presentaba, al parecer, una coxalgia, y tenía la posición segunda de adducción y rotación interna: la inmovilidad de la cadera era igual á la que se presenta en el segundo período de la coxalgia. Rehuía toda presión sobre esta articulación; el decúbito, hallándose acostada, era sobre el lado sano y gravitaba sobre él. La pierna estaba sumamente atrofiada. Por ciertos datos que aprecié, y después de interrogar detenidamente á los padres sobre los trastornos dolorosos, entendí que debía hacer una exploración bajo cloroformo, aunque no era, á mi juicio, una coxalgia histérica. No existiendo como no existía ese empastamiento que suele haber alrededor del trocanter, ni en la fosa retrocantérea, ni en la parte anterior del muslo, hacia el triángulo de Scarpa, creí conveniente practicar un tacto rectal por si las lesiones pudieran apreciarse más acentuadas hacia el cótilo, como en no pocos casos ocurre. Mi sorpresa fué grande cuando aprecié alrededor del ano una serie de ulceritas y fisuras radiadas, algunas bastante profundas, y no encontrando mediante el tacto rectal ninguna de las lesiones que buscaba, creí que bien pudiera derivar aquel síndrome motor y trófico de la pierna, de la lesión anal que tenía á la vista. Practiqué una dilatación forzada, previa cocainización de la parte afecta, y después de poco tiempo, los masajes, la reeducación de movimientos y un tratamiento de la lesión anal lograron una completa normalidad en la deambulación de la enfermita.

Este cuadro es, pues, un cuadro contractural, originado por fenómenos reflejos, cuyo punto de partida fueron las fisuras anales. Sabido es lo muy dadas que son éstas á producir síntomas de contractura en músculos esfinterianos y en los del periné. Aquí la contractura se extendió á un campo nervioso mayor y originó la retracción de musculatura inervada por el crural, fenómeno que ocasiona la segunda posición viciosa coxálgica.

Segunda observación.—Estuve tratando una enferma que no acusaba más que dolores inguinales fuertísimos, la cual había sido asistida por varios profesores y diagnosticada por unos de pseudo-estrangulación herniaria, debida á infarto del ganglio de Cloquet, por otros de coxalgia, por otros de osteitis de ilíaco. Presentaba vómitos, retracción y defensa muscular, fiebre é infartos ganglionares correspondientes al conducto crural. Cuando yo ví á la enferma presentaba una posición característica: la pierna en flexión, el muslo en adducción y, sobre todo, existía una considerable zona dolorosa correspondiente al triángulo de Scarpa y un empastamiento muy limitado por encima del arco crural. También en este caso dudé acerca de la posible coxalgia, pues bien pudiera ser aquel síndrome peritoneal, el de

una propagación tuberculosa por el fondo de la cavidad cotiloidea hacia el tejido celular pélvico.

Practiqué el tacto rectal y encontré un empastamiento, una tumefacción que no era posible localizar, extendiéndose en una zona que podía considerarse como semipélvica, y admití algo apendicular, aunque no existía el punto de Mac-Burney. La atrofia de la extremidad era considerable y los demás fenómenos me hacían pensar en que era más bien coxalgia. Pero de estas dudas vino á sacarme la salida de una gran cantidad de pus por el recto, y entonces comprendí que se trataba de apendicitis, con desagüe espontáneo por el recto.

Recomendé que la llevaran al campo para que se repusiera, y no he sabido si la coxalgia se resolvió, aunque tengo la convicción de que no existía nada en la cadera, después de la salida del pus. Se trataba en este caso, indudablemente, de una inflamación de apéndice en posición retrocecal. En esa situación, la flogosis de ese órgano se propaga por vecindad, muy fácilmente, á psoas y nervio crural; de ahí que el cuadro más visible en la enferma fuera el de irritabilidad de esos órganos, que colocaba al muslo en la segunda actitud del coxálgico. Otros casos vienen á dar la razón de lo que voy diciendo.

Parálisis infantil, cadera zamba (*hanche botte*). Dicen los autores que, puesto que la parálisis infantil determina una parálisis de todo el grupo muscular periarticular, la cadera oscila como el badajo de una campana, y que, por tanto, el diagnóstico diferencial con la coxalgia es fácil. Yo niego tal facilidad de diagnóstico. En la cadera zamba no se presenta, generalmente, la cadera oscilante, sino la cadera rígida. Frecuentemente, la parálisis infantil no afecta á todo el territorio muscular de un segmento de extremidad, sino á un grupo limitado de músculos. Los antagonistas preponderan, y al retraerse colocan á la articulación ó al segmento en cuestión en posición viciosa, pero fija; así sucede en el pié equino, verbi gracia.

En la cadera puede suceder, y de hecho ocurre en infinidad de casos, que el grupo de los adductores se paralice y quede preponderante el abductor (grupo glúteo y pelvitrocantéreo). Al retraerse éstos colocarán la extremidad en abducción—y consiguiente acortamiento aparente—, y en rotación externa y, como consecuencia, inclinación pélvica del lado afecto. Si á la vez la parálisis alcanza al grupo de los extensores de la pierna, los flexores preponderarán y colocarán á ésta en flexión; tendremos, pues, la actitud del primer período coxálgico.

De modo, que no es tan fácil el diagnóstico como dicen los autores: éste se establecerá en virtud de varios datos; falta el ensillamiento lumbar, estando el enfermo en posición horizontal; además, la marcha es algo distinta, el coxálgico parece como que evita apoyarse en el pié del lado enfermo; el zambo de cadera apoya, si el acortamiento por flexión no es muy considerable, el pié enfermo en la base de los dedos, y sobre este punto ejecuta un movimiento de rotación ó de circunducción que hace avanzar la otra cadera. Además, no hay puntos dolorosos ni infartos ganglionares.

La *luxación congénita* de la cadera es muy fácil distinguirla de la coxalgia, porque en primer lugar se presentan los pliegues glúteos muy hundi-

dos y tienen sintomatología completamente distinta, pero la luxación congénita no es más que un episodio de una enfermedad que padece la articulación, es una distrofia articular, de tal manera que puede existir la distrofia sin luxación, verificándose ésta más tarde con el ejercicio de la función deambulatoria. En muchos casos, pues, hay un período en que la cabeza articular está á punto de salir de la cavidad cotiloidea, pero el desplazamiento no ha tenido todavía lugar. En este período, muy corto, el enfermito evita instintivamente la gravitación sobre la extremidad afecta y coloca ésta en actitud semejante á la del coxálgico en primer período, medio por el cual hemos visto que se sustrae á la acción de la gravedad la cadera afecta, y así se retarda algo el salto de la cabeza femoral á la fosa ilíaca externa, con todas sus consecuencias. Esa actitud instintiva puede convertirse en síndrome contractural, y entonces se apela al cloroformo.

De *coxalgia histérica* he tenido pocos casos. Es fácil diagnosticarla mediante una observación detenida y sostenida de la enferma, por ejemplo, un mes. La coxalgia verdadera conserva siempre el mismo síndrome, mientras que en la histérica cambia á menudo todo el síntoma contractural. En la coxalgia, en el examen de la sensibilidad dolorosa y contráctil y en el examen de la rigidez articular bien hecho se basa el diagnóstico, el cual no puede sentarse algunas veces en la primera sesión, sino observar al enfermo dos, tres, las veces que sea preciso.

En los casos en que un síndrome contractural me parece dudoso, aplico la extensión continua y el reposo en cama, y cuando ello no basta á resolver las dudas, la cloroformización permite llegar al diagnóstico.

El Dr. Cospedal: Después de felicitar al Dr. Blanc por la brillante disertación sobre «Síndromes pseudocoxálgicos», hago uso de la palabra con el solo objeto de añadir dos casos que le ha recordado la exposición de los depuestos por el Dr. Blanc. Es el primero, uno relativo á un sujeto hemorroidario, con fisuras de ano, y el otro corresponde á una mujer que llevó en su vagina un pesario durante un espacio de tiempo que no exagero al decir que no bajaba de veinte años.

El primer caso radicaba en un zapatero, residente en un pueblo cercano á Madrid, el cual entró en mi casa con una contractura de la extremidad inferior derecha, en una adducción marcadísima, y á la vez se quejaba de dolores intolerables en el ano y recto y de un estreñimiento pertinaz, siendo la defecación tan difícil y tan sumamente dolorosa, que cuando obraba le daban ataques convulsivos. La posición y la forma de andar del enfermo me hizo pensar en un proceso óseo ó articular de alguna gravedad. Al explorarle, acostado, ví que la contractura no desaparecía, era invencible, pero me llamaba la atención el que la articulación de la cadera no presentaba pastosidad, ni había tampoco ensillamiento de la columna vertebral, y entonces pensé en si pudieran ser manifestaciones reflejas de otro orden. Realicé la exploración rectal y, además de las hemorroides y las fisuras mencionadas, encontré abundantes masas estercoráceas duras y deduje que el cloroformo me resolvería los dos problemas, como así sucedió. Fué operado, practicando la dilatación forzada del esfínter y la excisión de la mucosa rectal enferma, y poco tiempo después habían desaparecido los síntomas de la falsa coxalgia.

El otro caso era una mujer de sesenta años, que entró en mi consulta de la misma manera que el anterior, y daba la idea ó de una lesión medular ó de reumatismo localizado en la extremidad inferior. Como á la vez se quejaba de un flujo mal oliente, practiqué el tacto vaginal y cuál no sería mi sorpresa al encontrar en el fondo de la vagina un pesario de anillo recubierto de sales, petrificado casi, y que me costó gran trabajo extraer. Presumí que quizás fuera esto la causa del padecimiento, y, en efecto, al día siguiente desaparecieron los dolores y la enferma empezó á recobrar el movimiento en su extremidad afecta.

El Dr. *López Reche* expone otro caso de coxitis histérica que tuvo ocasión de ver cuando era estudiante. Se trataba de una joven en la que los datos y los síntomas no eran lo bastante para dar un verdadero diagnóstico de coxalgia.

Se recurrió al cloroformo, y anestesiada se logró volver á su posición normal la extremidad inferior; pero tan pronto como cesó la acción del anestésico, recuperó su posición viciosa.

El *Dr. Sarabia* dijo que después de cuanto ha dicho el Dr. Blanc y después de los dos casos expuestos por el Dr. Cospedal y el citado por el doctor López Reche, parece que está terminada la discusión acerca de síndromes falsos de coxalgia. No insiste ni discute este punto, pero sí llama la atención sobre otro aspecto de la cuestión, cual es el del diagnóstico diferencial con las apofisitis de crecimiento, punto que le parece importante, pues una equivocación puede dar lugar á consecuencias muy desagradables, cuando no se hace un diagnóstico sentado en el sentido de la verdadera coxalgia.

Es necesario también llamar la atención sobre este proceso anatómico, porque hay muchos que le confunden en sus comienzos con el reumatismo en los niños (afección que cree muy rara en ellos), y ha observado una enferma que había sido diagnosticada de reumatismo, cuando lo que padecía era una apofisitis de crecimiento que curó con la quietud.

Se ocupa de los trabajos de Hardevilles acerca de este asunto, y prescindiendo de los puntos dolorosos del calcáneo en la apofisitis del crecimiento, dice que al síntoma dolor articular en la rodilla que suele presentarse en la coxalgia puede confundirse con el dolor de la apofisitis de la tibia por crecimiento, así como el dolor en el gran trocanter, también frecuente en la coxalgia.

Casos de estas dos últimas modalidades clínicas se han prestado á confusión de diagnóstico; pero por lo que se refiere al dolor en el gran trocanter, puede verdaderamente confundirse con la coxalgia. En ésta hay dolor en el pliegue del ano que se despierta á la presión y cuando se choca sobre el talón, además de ser la contractura mucho más pronunciada. Por otra parte, la coxalgia y la apofisitis trocanteriana tienen de semejante en su cuadro sintomático la claudicación, la flexión del muslo y la actitud en la cama. Es preciso, pues, no olvidar que este proceso puede ser también un motivo de confusión con la coxalgia para las determinaciones terapéuticas.

El Dr. Blanc: Mi objeto no era diferenciar la coxalgia de otros procesos, sino distinguir la verdadera de la falsa, en virtud de algunos casos de observación personal.

Yo creo que vale más pensar en una coxalgia, aunque en realidad se trate de una apofisitis, que lo contrario; pensar en una apofisitis y que sea una verdadera coxalgia.

Las apofisitis que se pueden presentar en el trocanter se distinguen por los síntomas y datos que nos suministra la exploración y los trastornos del movimiento, siendo fácil su diagnóstico con un poco de atención.

Glosando lo dicho por el Dr. Sarabia, también podría yo presentar ahora otro aspecto de la cuestión; es decir, que si bien cabe que se confunda un fenómeno de crecimiento con un proceso de articulación, es fácil asimismo que un proceso de tuberculosis incipiente se confunda con un fenómeno de crecimiento, y yo he visto casos, que bien examinados eran procesos tuberculosos que empezaron en hueso y terminaron en articulación.

El Dr. Martínez Cerecedo: He pedido la palabra para felicitar al señor Sánchez Rodríguez por el brillante éxito logrado en los casos de eclampsia expuestos en la sesión anterior, y tratándose del accidente más grave de la obstetricia y el que menos se domina, debía verse en tan buen resultado no sólo la habilidad operatoria del referido señor, sino también la circunstancia de que las eclámpsicas referidas no sufrían una intoxicación intensa ni tenían profundamente alterados los riñones y el hígado, pues de lo contrario, aun habiendo sido hábil y rápidamente operadas, hubiera sido posible la defunción de alguna puérpera, como ocurrió en un caso de los que citó, en que la parturiente falleció después de haber dado á luz espontáneamente un niño vivo.

Respecto á las inyecciones de suero, no me sorprende el caso en el cual los ataques continuaron cada vez más intensos á pesar del empleo del suero Hayen. En este particular creo que estas inyecciones están llamadas á ser revisadas, y que quizá haya ventaja en sustituir el suero de cloruro sódico por otro de sulfato y fosfato sódico, pues en la obra de Gautier he visto que, según resulta de un notable trabajo de J. Widal, son perniciosos los efectos de los alimentos salados en los brighticos, y por analogía supongo que el ingreso de cloruro de sodio en la sangre puede ser perjudicial en los casos de riñón gravídico, por más que reconozco la acción tónica del suero de Hayen sobre el corazón.

En cuanto á la importancia de los edemas y de la albuminuria en la autointoxicación gravídica, debo indicar que ambos síntomas la tienen en sumo grado. La albuminuria puede existir con y sin cilindruria, y por lo tanto, según la mayor ó menor alteración renal, será más ó menos perniciosa. El edema puede ser un mero síntoma de hidremia ó de insuficiencia renal ó hepática, pues precisamente entre los pequeños signos de hepatismo, incluyen eminentes clínicos, además de los trastornos gastro-intestinales, el prurito cutáneo, epistaxis, urobilinuria y glicosuria alimenticia, el edema pretibial. Como estos signos son el eco de la insuficiencia hepática incipiente, es interesantísimo descubrirlos para instituir el tratamiento profiláctico conveniente en los casos de intoxicación gravídica en que no exista albuminuria.

Respecto á la acción de la morfina en la eclampsia, la conceptúo eficacísima, y le doy el mismo valor terapéutico que al cloroformo y al cloral, porque en el determinismo biológico de los ataques de eclampsia entran dos

factores: la toxemia y la excitabilidad nerviosa; por lo tanto, todo recurso terapéutico que disminuya la producción de toxinas ó que aumente su eliminación, ó que modere la excitación de los centros psicomotores, obrará de modo eficaz.

A este propósito voy á citaros dos observaciones de mi práctica en que logré resultados completamente satisfactorios. En el primer caso conseguí moderar la intensidad de los ataques y disminuir su frecuencia, consiguiendo salvar la parturiente, empleando la morfina en la forma que hace más de treinta años se aconsejaba en Inglaterra. El segundo caso era un embarazo gemelar con grave intoxicación gravídica, y creyendo inminente la eclampsia, practiqué tres inyecciones diarias de dos centígramos de morfina; dispuse enemas de cloral y dieta láctea, con cuyo plan conseguí que la orina, que era escasísima, aumentara, que la albúmina desapareciese, como igualmente los trastornos nerviosos y gastro-intestinales, pariendo la enferma á término, espontáneamente y sin accidente alguno, dos fetos vivos.

¿Cuándo hay que recurrir, en una albuminúrica, al parto prematuro? Si después de dieta láctea durante diez días no cede ó no hay mejoría evidente, creo que debe provocarse el parto.

PERIÓDICOS

Las sales de plata en oftalmología.— El Dr. Sanz Blanco han publicado en la *Revista de especialidades médicas* un artículo acerca de dichas sales:

«Los compuestos de plata figuran desde muy antiguo en lugar preeminente entre los agentes terapéuticos de mayor motivo de aplicación en la práctica oftalmológica, y de ellos el nitrato argéntico, en sus dos formas, sólido ó fundido y cristalizado en disolución, ha venido reinando en absoluto hasta muy reciente fecha en terapéutica ocular, las otras que se conocían (cloruros, hiposulfitos de sosa y plata), ó no cumplen indicación alguna usados como tópico, ó por ser en extremo irritantes han estado siempre justificadamente proscritos.

Con el nitrato de plata, en cambio, tantos y tan valiosos beneficios se han obtenido, que Trousseau decía de él que debía considerársele como uno de los agentes terapéuticos que mayores servicios presta, co'ocándole en medicina externa á la misma altura que en la interna tienen la quinina y el opio.

El modo de obrar de este compuesto explicábase entonces sólo por acción irritante sustitutiva.

Más tarde, cuando la teoría bacteriana hizo tomar otro rumbo á las ideas existentes, descubrióse que las sales de plata tenían no sólo un enérgico poder bactericida *per se*, sino que por efecto de la citada diapedesis favorecían la fagocitosis; lo que, unido á la demostración palpable de la naturaleza infecciosa de las inflamaciones, cuya génesis, producción y sostenimiento es debida á especiales agentes de infección (noxas flogógenas),

motivó que el nitrato argéntico se afirmase más y más en el elevado puesto que en terapéutica ocular habíase colocado.

Su doble acción, antiséptica por una parte y cáustica por otra, ha sido aprovechada, sin motivo de arrepentimiento, no sólo para tratar los catarros de la conjuntiva, sino todas las afecciones inflamatorias de la mucosa, sobre todo las que se acompañan de exudaciones mucosas y purulentas, llegando á ser el tratamiento de elección en las conjuntivis purulentas gonocócicas, estreptocócicas, pneumocócicas, crupales, foliculares, tracomatosas, etc.

Su aplicación no está exenta de algunos inconvenientes. En primer lugar, el nitrato de plata fundido ó en barra no debe nunca emplearse puro; su acción cáustica es tan fuerte que determina verdaderas pérdidas de substancia, no sólo en la conjuntiva, sino por extensión de su acción en la córnea, produciendo retractilidad de los tejidos.

Esta retractilidad lleva consigo complicaciones de la mayor trascendencia, como son : *entropión*, *triquiasis*, *queratitis ulcerosas*, *opacidades indelebles* de la córnea.

Todos estos probables riesgos han proscrito el uso del nitrato de plata en barra puro en oftalmología; sólo en muy excepcionales casos de tracomas agudos, ó cuando se ha querido cauterizar una úlcera penetrante de de la córnea se acudía al nitrato argéntico fundido, pero mezclado al nitrato potásico en la proporción de una parte de éste por dos de aquél, ó dos partes de nitrato potásico por una de nitrato argéntico, con lo que se formaban barras que se conocían con el nombre de nitrato de plata mitigado del núm. 1, ó del núm. 2, según la proporción de la indicada mezcla.

El nitrato de plata cristalizado y en disolución, sin que pueda decirse que está libre de inconvenientes, los tiene en escala mucho menor, lo que le hace utilizable con los mejores resultados, siempre que sea bien manejado.

Esta sal tiene dos enérgicas acciones : cáustica y germicida. Ambas son aprovechables en la clínica, pero en oftalmología búscase más el poder antiséptico que el cáustico.

Para conseguir este objeto, puso en nuestras manos la Química combinaciones orgánicas de plata que, casi desposeídas de accion cáustica, no sólo conservan en toda su pureza las propiedades antisépticas del nitrato, sino que las tienen en mayor grado.

Estas sales orgánicas son el fosfato-diamino-etilénico, caseinato, citrato, lactato, coleato, ictiolato, proteinato, vitelinato, etc.; ó sean, respectivamente, la *argentamina*, *itrol*, *actol*, *colargol*, *ichtargan*, *protargol y argirol*.

De la antedicha lista fueron, si no del todo descartados, preteridos el itrol, actol, argonina y otros; pues no llenan del todo las aspiraciones del oculista, por ser unos demasiado irritantes, otros atacar á la integridad de la córnea, etc., etc., quedando sólo para ser utilizados los restantes, y sobre todos el protargol y el argirol.

Asígnase á todos estos cuerpos la propiedad de ser germicidas más potentes que el nitrato, y además estar dotados de un poder de penetración que les permite desenvolver su acción más allá de las capas superficiales de la conjuntiva, no produciendo efectos cáusticos ni provocando dolor al aplicarlos.

Todas estas cualidades, interpretadas, á mi modo de ver, con alguna exageración, han motivado que el nitrato argéntico haya sido en absoluto abandonado por algunos oftalmólogos, á mi juicio sin razón.

No he de negar las innumerables ventajas que reportan las combinaciones orgánicas de plata; los resultados que con ellas he obtenido en determinados casos me obligan á ser uno de los primeros en proclamarlas; caer en los apasionamientos de los que creen que hay que proscribir *en absoluto* el nitrato, hay una gran diferencia.

El nitrato de plata no se debe prodigar hoy como hasta poco tiempo hace se prodigaba, es cierto; sus indicaciones están más restringidas, y en multitud de ocasiones es sustituído con ventaja.

En lo que á la acción cáustica se refiere, es mucho menor la que producen la argentamina y el protargol, pudiendo considerar nula la del argirol.

No podemos esperar efecto cáustico de los fosfatos, proteinatos y vitelinatos de plata; sólo obtendremos con ellos la acción bactericida, y ésta es más enérgica que la del nitrato de plata. Neisser considera al protargol como bactericida más activo y eficaz aún que la argentamina: el colargol y el argirol figuran en este sentido en lugar intermedio entre la argentamina y el protargol, pero siempre más potentes que el nitrato.

Esta propiedad antiséptica tan marcada de las referidas combinaciones orgánicas de plata, mas la facultad que tienen de llevar su acción profundamente á la intimidad de los tejidos sin destruir la mucosa, las hace preferibles á las soluciones inorgánicas en ciertos y determinados casos.

Así, pues, pueden y deben aprovecharse para combatir los procesos inflamatorios sépticos, tanto de la mucosa conjuntival como los de las vías lagrimales, y están, por lo tanto, indicados en las conjuntivitis agudas y subagudas.

Todas ellas suelen ser fácilmente vencidas con disoluciones á distinto tipo de concentración de protargol, argirol y colargol en instilaciones, toques y lavados abundantes y sobre todo repetidos, pues su acción es más transitoria que la del nitrato argéntico.

Ahora bien: cuando se trata de conjuntivitis purulentas graves, sean ó no gonocócicas, cuando de diftéricas, vaya ó no asociado el bacilo de Lœfler al estreptococo, lo mismo que cuando de tracomatosas, tanto en la forma aguda como en la crónica, yo no he obtenido nunca con las sales orgánicas de plata los resultados tan rápidos ni tan completos como aseguran los apasionados de estos nuevos agentes terapéuticos.

En estas graves enfermedades ha empleado numerosísimas veces el protargol, el argirol y la argentamina, y ha tenido que abandonarlos casi todas las veces.

En la difteria conjuntival estas sales son completamente inútiles cuando no intempestivas, las cauterizaciones, háganse con lo que se hagan.

En lo que al tratamiento del tracoma concierne, han fallado también en su clínica las aplicaciones de protargol en polvo seguidas del ligero masaje rotatorio, pues si bien producen como primer efecto abundante secreción de lágrimas y expulsión de exudaciones, con lo que las conjuntivas se detergen y desingurgitan algún tanto, la producción granulosa no experimenta modificación ostensible.

De lo expuesto deduce: que las sales orgánicas de plata, poseyendo en mayor grado la acción antiséptica que la cáustica (porque de ésta no están exentas en absoluto), tienen perfecta indicación en todas aquellas inflamaciones de la conjuntiva y de la mucosa de las vías lagrimales, en las que las funciones patógenas de los bacilos no han llegado á imprimir profundas alteraciones del tejido en que se asientan, casos en los que, destruída la causa que los dió origen y los sostiene, desaparecen pronto los efectos á que dan lugar; pero hay otros en los que, bien porque el elemento productor (bacilo) ha obrado con más intensidad, ó bien porque el terreno, por ser más susceptible, ha tenido menos medios de defensa y se ha dejado vencer, los tejidos han sufrido modificaciones más importantes en su especial modo de ser, y entonces nos vemos precisados, no sólo á destruir *in situ* el agente originario de la infección, sino á tratar de reparar las alteraciones textiles á que el agente infeccioso dió lugar.

Las sales orgánicas de plata obran sólo del primero de estos modos, son sencillamente germicidas, mientras el nitrato, por efecto de la violenta acción irritante que desenvuelve, activa el aflujo sanguíneo, determina la extravasación de abundantes glóbulos blancos, con lo que la fagocitosis se establece; y á la vez que por este mecanismo pone una muralla á los progresos de la infección, activa el trabajo de reabsorción, regulariza la circulación de la parte, y los tejidos recobran sus normales condiciones.

Así se explica el modo de obrar y los buenos resultados que el protargol, argirol, etc., proporcionan en los procesos inflamatorios de la conjuntiva, que aunque se acompañen de abundantes exudaciones mucosas ó purulentas, no han llegado á producir alteraciones profundas de tejido; y asimismo se explica por qué el nitrato cura mejor y más de prisa los otros procesos en que ya existen lesiones histológicas, ya sean hipertróficas, hiperplásicas ó de proliferación». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Abril de 1908.

De la anestesia por la raquiestovainización. — El Dr. LEGUEU: He aplicado esta anestesia 313 veces, empleando una dosis de estovaína que ha variado entre 5 y 7 centígramos. Los accidentes que he observado han sido inmediatos ó consecutivos. Los primeros han consistido, en siete casos, en malestar, angustia, amenazas de síncope, y, una vez, la operación no pudo verificarse. Los accidentes consecutivos han sido más serios; en casi todos los enfer-

mos hubo cefalalgia y retención de orina, que ha sido más duradera que con otra clase de anestesia; en un caso ha persistido seis meses. Cuatro de mis operados han tenido accidentes manifiestos de meningitis, que han desaparecido al cabo de ocho días. En un caso, hombre de dieciocho años, dos días después de la operación, los síncopes, los hormigueos y la paraplegia han sido tales, que la vida pareció seriamente amenazada durante algunos días. A un niño, á quien había extirpado un epidídimo, se le presentó palidez, debilidad del pulso, síncopes y jaqueca durante ocho días, y además vómitos que persistieron dos semanas. Otro de mis enfermos, operado por hernia, tuvo cefalalgia, parálisis de los miembros inferiores y de la vejiga y vómitos que han durado cinco semanas, al cabo de las cuales sucumbió. En fin, después de la operación de otra hernia, á los tres meses, se presentaron paraplegia, incontinencia de orina y prolapso del recto. Estos hechos me han determinado á abandonar la raquiestovainización.

El Dr. Guinard: Voy á añadir algunas consideraciones complementarias á lo que ya he dicho. Hay un cierto número de complicaciones graves tardías que son desconocidas de los cirujanos. Nosotros no volvemos á ver á todos nuestros operados; los que caen enfermos, paraplégicos, ingresan en salas de medicina, donde se ignora con frecuencia que hayan sido antes raquiestovainizados. Se me han comunicado algunos casos. Citaré, entre otros, el de una nodriza que fué operada por el Dr. Tuffier por un absceso de la mama; la enferma curó bien de su operación, pero algún tiempo después fué llevada paraplégica á la enfermería del Dr. Le Gendre, quien no sabía que se le hubiese hecho la raquiestovainización. Añadiré que la simple punción lumbar puede no ser inofensiva, y que se abusa demasiado de ella en las salas de medicina. Es necesario pensar en las consecuencias médicolegales que pueden desprenderse de estas diferentes punciones.

El Dr. Demoulin: Después de haber presenciado algunas de las primeras raquicocainizaciones, y observado ciertos fenómenos de intoxicación, me he abstenido de practicarla. No he hecho ninguna raquiestovainización, pero he dejado hacerlas á mis internos. De 50 anestesias, he observado 3 sin éxito, 1 anestesia incompleta, 32 anestesias perfectas y sin inconvenientes y catorce veces diversos accidentes en la siguiente proporción: en 4 cefaleas intensas de veinticuatro horas á seis días; en otros 4 vómitos incoercibles; y en los 6 enfermos restantes alteraciones urinarias é intestinales de muchos días á algunos meses de duración. De todo ello concluyo que la raquiestovainización no carece de peligro.

El Dr. Faure: Este método de anestesia es elegante y fácil, y tal vez no será nunca abandonado. Desde ciertos puntos de vista, puede resistir la comparación con otros métodos, aunque ocasiona accidentes como todos. Sin embargo, considero que sólo debe ser un método de excepción; tiene el inconveniente que permite al enfermo presenciar su operación y darse cuenta de si hay algún contratiempo. No comprendo qué ventaja puede tener en las laparatomías, por ejemplo, cuando se tiene que colocar al enfermo con la cabeza baja; por otra parte, no determina la resolución muscular abdominal. En una palabra, no la creo indicada más que cuando la cloroformización no es posible.

El Dr. Routier: He hecho cinco raquicocainizaciones; cuatro han sido perfectas; la quinta ha ido seguida de algunos accidentes que me decidieron á abandonarla. En cuanto á la raquiestovainización, la he practicado unas veinte veces; en dos enfermos fracasó; en otros ha habido cefalalgia persistente, síncopes, y en una mujer joven alteraciones circulatorias tales, que desde dicho día decidí no emplear más este método.

El Dr. Thiery: No he practicado esta clase de anestesia, pero he dejado hacer algunas en mi enfermería. En la primera serie, de seis casos, observé tres anestesias medianas, dos perfectas con algunos accidentes y un fracaso. En otras cinco tentativas se han registrado tres fracasos y dos éxitos. Este método no debe ser empleado más que cuando el cloroformo está contraindicado; la simple punción lumbar no es inocente; he visto desarrollarse después de practicada una meningitis raquídea.

El Dr. Delbet: Sólo he empleado la raquiestovainización. De 79 anestesias, en las que he empleado de 5 á 10 centígramos de estovaína, he registrado 41 completas sin ninguna alteración; 38 con algunos accidentes; 8 con anestesia incompleta y 4 fracasos. Los accidentes pueden ser inmediatos, consecutivos ó tardíos. Como inmediatos he observado dos muertes rápidas en individuos operados de hernia, vómitos, síncopes, incontinencia fecal en cinco operados y en un caso violenta disnea; entre los secundarios he observado, cefalea, vómitos, alteraciones de la vejiga y del recto, cuya duración varió entre algunas horas y veinte días; entre las tardías señalaré dos veces parálisis de los miembros inferiores, una vez crisis epileptiformes y en otras parálisis de los músculos del tórax y una mielitis con escara. Tales resultados me han hecho abandonar el método.

El Dr. Reclus: No he hecho ninguna raquiestovainización y no haré ninguna por los peligros á que expone. Observo, además, que la mayoría de los enfermos que la han sufrido podían ser anestesiados localmente por la cocaína, que es un método seguro y no peligroso, cuando se sabe manejarlo bien. Hace cinco años que la empleo corrientemente y no he tenido ningún accidente, á pesar de haber inyectado hasta 30 centígramos. He ensayado la estovaína, pero es inferior, como agente anestésico; asociada á la cocaína es más efectiva. Hace algún tiempo empleo la novococaína, que me ha dado muy buenos resultados.

(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Abril de 1908.

Periostitis sifilíticas precoces.—El Dr. *Papillon* presentó un niño de dos años con periostitis sifilítica de la extremidad superior del cúbito izquierdo y de la inferior del húmero derecho. La radiografía demuestra, en estos dos puntos, manguitos fusiformes que rodean el hueso. Lo particular de este caso es que se trata de sífilis adquirida. El padre tuvo un chancro sifilítico en septiembre último, bastante despnés del nacimiento del

niño; contagió á su esposa, que se vió obligada á ingresar con su hijo en el Hospital Broca. El niño fué sometido preventivamente al uso del licor de Van Swieten (X á XX gotas por día); durante el tratamiento aparecieron placas mucosas; la madre, desconociendo el carácter contagioso de su enfermedad, utilizaba la misma cuchara que el niño. Las periostitis se desarrollaron después; fueron muy precoces, puesto que empezaron á los tres meses del principio verosímil de la sífilis. En la actualidad se hace diariamente al enfermito una inyección subcutánea de 1 cent. cúb. de aceite y 4 milígramos de biyoduro de mercurio.

El Dr. *Guinon* dijo que no hay acuerdo respecto á la posología y al mejor modo de administración del mercurio en el niño de corta edad. Ha visto que son activísimas las fricciones que Kussowitz rechaza en los niños de un año. Es preciso abstenerse de ellas cuando la piel no está sana, porque, de lo contrario, se presentan accidentes tóxicos graves. La vía subcutánea tiene la ventaja de conocerse con seguridad la dosis de mercurio empleada.

Tetania.—Los Dres. *Babonneix* y *Tixier*, á propósito del caso de meningitis cerebro-espinal que simuló la tetania, observado por el Dr. Guinon, refirieron dos casos análogos. Los niños se encontraban en estado de contractura generalizada y presentaban los signos de Chvostek, de Trousseau y de Weiss. Estos casos prueban que la tetania no es una enfermedad, sino un síntoma que puede ser causado por las lesiones más diversas.

El Dr. Guinon: Creo haber demostrado que ciertos casos de supuesto tétanos del recién nacido, son tetanias. La distinción es más difícil en estos casos, porque en uno y en otro nada se encuentra al hacer la autopsia. En los casos de meningitis cerebro-espinal el diagnóstico es más fácil, porque casi siempre produce la muerte en el recién nacido.

El Dr. Apert: Acabo de observar un caso excepcional de este género. Se trata de un niño de pocos meses que sólo tenía ligera rigidez y algunos movimientos convulsivos. Aunque creía poco fundada la idea de una meningitis, practiqué la punción lumbar, que dió salida á un líquido turbio cargado de polinucleares y que contenían el meningococo. La madre, que oyó hablar de meningitis y creyó á su hijo perdido, abandonó al punto el hospital. Le creí muerto, pero á los ocho días volví á verle y le encontré en perfecto estado de salud. No se empleó más tratamiento que una punción lumbar.

El Dr. *Babonneix* refirió un caso en el que el diagnóstico clínico no podía ser otro que el de tétanos de origen umbilical. La herida del ombligo se hallaba cubierta de un unto gríseo, en el que el cultivo demostró no existía el bacilo de Nicolaïer, sino el Lœfler.

Septicemia de neumococos.—El Dr. Ferrand: Se trata de un niño que ingresó en el hospital con edema considerable de los miembros inferiores y de la cara. Se diagnosticó nefritis aguda, pero al poco tiempo se observó derrame pleurítico de polinucleares que contenían el neumococo, y aparecieron estertores crepitantes por encima del derrame. Al hacer la autopsia se encontraron derrames de la pleura, del pericardio y del peritoneo, en los que existían neumococos. En los cortes del riñón y del bazo se descubrió el mismo microbio.

El Dr. Guinon: Las manifestaciones renales de la neumonía son más frecuentes en el niño que en el adulto; principian con gran aparato, con edema considerable y hematurias, pero curan casi siempre.

Vómitos incoercibles é invaginaciones intestinales.—El Dr. Duffour: He encontrado, al hacer la autopsia de un niño de pecho, una invaginación intestinal ileocecal, con ulceración de la mucosa. Se trataba, por lo tanto, de invaginación producida durante la vida; pero además, el intestino delgado presentaba una docena de invaginaciones, sin inflamación, ni congestión, ni adherencias, por consiguiente, con los caracteres de las invaginaciones agónicas. Como el niño padecía desde su nacimiento vómitos incoercibles, me pregunté si estas invaginaciones se producirían en vida y serían causa de los vómitos.

El Dr. Méry: Cuando se hacen las autopsias poco después de la muerte, se ve al intestino contraerse y producir invaginaciones ante el observador. Creo, por lo tanto, que las invaginaciones sin reacción peritoneal, que se observan con frecuencia al practicar autopsias en los niños, son agónicas y no tienen la menor relación con los vómitos.—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 10 de Abril de 1908.

Cuerpo extraño en la vagina.—El Dr. *Carlos Natanson* presenta á una niña de ocho años, que desde hace dos tenía flujo vaginal, cuyo flujo se había hecho sanguinolento últimamente. La exploración descubrió por encima del anillo himenal, intacto, un botón de hueso, que era la causa de todos los síntomas.

Herida punzante del espinazo y de la médula espinal.—El Dr. *Julio Schnitzler* presenta á un muchacho de diecinueve años, que recibió una puñalada en la espalda, quedando en la herida un fragmento del cuchillo. Se presentaron síntomas de lesión hemilateral (Brown-Sequard) y paresia de la extremidad inferior izquierda. Con los rayos Röntgen se vió que la punta del cuchillo, de varios centímetros de larga, se hallaba á nivel de las vértebras dorsales 4.ª y 5.ª

Después de la operación mejoraron rápidamente los trastornos funcionales que presentaba el herido.

Albuminuria ortótica.—El Dr. *Jorge Kapsamer* opina que el estudio de la nefritis no puede separarse del de la albuminuria. La nefritis puede ser secundaria, ó sea consecutiva á otra lesión anatómica del órgano, ó primitiva. No puede hablarse de una nefritis primitiva unilateral, á no ser que un examen de cortes en serie del otro riñón nos demuestre que éste está sano. El autor ha visto varios casos de albuminuria unilateral en que la prueba de la floridzina demostró que también estaban alteradas las funciones del otro riñón. Cuando la albuminuria ortostática va acompañada de perturbación funcional, es señal de que existe una lesión del parénquima.

Pero aun no habiendo perturbación funcional puede existir lesión parenquimatosa en forma de nefritis leve, puesto que en la nefritis parenquimatosa pueden faltar no sólo la cilindruria, sino la misma albuminuria. Si recordamos, además, que cualquiera nefritis puede presentar el cuadro de la albuminuria ortostática, es evidente que ésta no puede distinguirse como enfermedad sui-generis. Es un síntoma de una lesión anatómica y significa de parte del riñón una inferioridad que, en determinadas circunstancias, puede conducir á una lesión anatómica y funcional del parénquima: á una albuminuria. El factor ocasional puede ser mecánico ó, por el contrario, nervioso y de origen reflejo.

En resumen: ni anatómicamente ni fisiológicamente se puede establecer una distinción completa y absoluta entre la albuminuria ortostática y la nefritis.

El Dr. Emilio Schurr: Conviene, ante todo, conocer las circunstancias que hacen que un albuminúrico expela orina albuminosa y la de que en un individuo determinado se produzca albuminuria. El mismo nombre de albuminuria ortostática indica su patogenia mecánica.

Chvostek considera también como factor provocador á la inervación vascular refleja, y puesto que el mismo Jehle no explica cómo obra la lordosis, pudiera pensarse en que influye en los vasos renales de un modo reflejo. Según esto, no hay verdadera contradicción entre las hipótesis de Stejskal y Chvostek y la de Jehle. Pero lo que importa es dilucidar si los factores indicados por los dos primeros producen de por sí la albuminuria ó no hacen más que provocar su aparición. Según el autor, la circunstancia de que en igualdad de condiciones son muy pocos los hombres que presentan albuminuria, demuestra que para que se presente la albuminuria es menester que exista alguna alteración, por lo menos funcional, del riñón ó de sus vasos. Chvostek ya había insistido en este particular, y sobre todo en que la albuminuria de la pubertad está relacionada con una secreción interna anormal. Observaciones ulteriores nos enseñarán si en otros ortóticos interviene quizá una exagerada secreción de adrenalina.

El hecho aducido por Jehle de que en la mayoría de los niños sanos puede provocarse albuminuria con determinados procedimientos y una lordosis excesiva, no puede invocarse contra la opinión de que la albuminuria que se presenta en circunstancias ordinarias (estar de pié, etc.), necesite para su producción otro factor causal.

El Dr. *Novak* dice que las investigaciones que ha realizado en 14 casos de albuminuria ortótica le conducen, respecto á la etiología, á resultados análogos á los obtenidos por Jehle. La albuminuria se presenta con la actitud de pié, de rodillas, con el cuerpo erguido, con el cuerpo suspendido por el aparato de Sayre, y hasta en posición vertical, pero un poco oblicua, y sostenida por mucho tiempo. No se presenta con el decúbito supino, la posición sentada, de rodillas descansando con las nalgas sobre los talones, con el trabajo muscular, con la suspensión activa, con la suspensión del cuerpo invertido y con la compresión del tórax.

Atribuye Jehle la albuminuria á que el espinazo lordósico determina una inflexión angular de los vasos renales, bien directamente ó mediante la tracción de un ureter demasiado corto. Ensayos en el cadáver han de-

mostrado al autor que esta teoría no basta para explicar la albuminuria ortótica. Además, en un sujeto en que repitió los experimentos de Jehle, vió que así como la lordosis activa, en que el paciente inerva más ó menos sus músculos dorsales, no provoca nunca la albuminuria, en la pasiva sucede lo contrario. Esta diferencia se explica recordando que, según Edel y otros autores, toda acción muscular enérgica impide la aparición de albúmina, aun en aquellas circunstancias en que suele presentarse.

Por falta de material clínico suficiente no ha podido el autor resolver si la lordosis puede, por sí sola, provocar la albuminuria.

También dice Jehle que la causa de la albuminuria gravídica acaso sea la lordosis del embarazo. Ahora bien, de las investigaciones hechas por el autor en la segunda clínica obstétrica, se deduce lo infundado de tal hipótesis.

El Dr. *Carlos Reitter* cree, como resultado de sus experimentos fisiológicos, que conviene tener en cuenta los hechos siguientes: La excitación del plexo simpático que rodea á la aorta determina la contracción de las arterias renales y por ende la oliguria; sabido es, además, que la sección del plexo renal ocasiona albuminuria. La lordosis de la porción lumbar del espinazo produce á veces albuminuria y tanto más pronto, como ya lo hace notar Jehle, cuanto más alto sea el nivel de la desviación vertebral. Precisamente á la altura de las vértebras lumbares primera y segunda es donde se encuentra la masa principal del plexo simpático abdominal. No parece, por lo tanto, del todo injustificado buscar en estas particularidades la posibilidad de cierta influencia de carácter nervioso y, sobre todo, de una acción excitante.

El Dr. *Víctor Blum* defiende el método del cateterismo uretérico y del diagnóstico funcional del riñón contra las objeciones que le han hecho Chvostek y Strasser.

La opinión de Kapsamer de que en la albuminuria ortótica se trata de perturbaciones análogas á las de la glomerulonefritis aguda, está en oposición con lo que nos enseñan las exploraciones funcionales y con lo que sucede en algunos casos de albuminuria lordósica, en que la albuminuria aparece á los cinco minutos de estar en pié con lordosis del espinazo y desaparece con la misma rapidez con el cambio de actitud. En la glomerulonefritis aguda no sucede nada de esto, como ya se comprende.

El Dr. *Franz Chvostek* refiere que en tres casos de albuminuria de la pubertad, de forma leve, ésta no se presentaba aún con la actitud vertical, si previamente se practicaba una inyección de morfina y se hacía tomar al sujeto al mismo tiempo un gramo de bromuro sódico. Es lo más probable que no habrá de suceder lo mismo en todos los casos análogos; esto no obstante, enseñan tales hechos que el factor mecánico invocado por Jehle no se puede invocar en semejantes circunstancias.

El Dr. *Nicolas de Jagic* refiere que en dos casos de albuminuria ortótica, que hay ahora en la clínica de Noorden, se ha comprobado de un modo indudable que los factores mecánicos, y en especial la lordosis del espinazo, pueden provocar ó, en su caso, reforzar la albuminuria. En efecto, ésta no se presentó nunca ni con el reposo en la cama ni después de un movimiento continuo durante varias horas en la alcoba ó al aire libre. En cambio,

Pero aun no habiendo perturbación funcional puede existir lesión parenquimatosa en forma de nefritis leve, puesto que en la nefritis parenquimatosa pueden faltar no sólo la cilindruria, sino la misma albuminuria. Si recordamos, además, que cualquiera nefritis puede presentar el cuadro de la albuminuria ortostática, es evidente que ésta no puede distinguirse como enfermedad sui-generis. Es un síntoma de una lesión anatómica y significa de parte del riñón una inferioridad que, en determinadas circunstancias, puede conducir á una lesión anatómica y funcional del parénquima: á una albuminuria. El factor ocasional puede ser mecánico ó, por el contrario, nervioso y de origen reflejo.

En resumen: ni anatómicamente ni fisiológicamente se puede establecer una distinción completa y absoluta entre la albuminuria ortostática y la nefritis.

El Dr. Emilio Schurr: Conviene, ante t odo, conocer las circunstancias que hacen que un albuminúrico expela orina albuminosa y la de que en un individuo determinado se produzca albuminuria. El mismo nombre de albuminuria ortostática indica su patogenia mecánica.

Chvostek considera también como factor provocador á la inervación vascular refleja, y puesto que el mismo Jehle no explica cómo obra la lordosis, pudiera pensarse en que influye en los vasos renales de un modo reflejo. Según esto, no hay verdadera contradicción entre las hipótesis de Stejskal y Chvostek y la de Jehle. Pero lo que importa es dilucidar si los factores indicados por los dos primeros producen de por sí la albuminuria ó no hacen más que provocar su aparición. Según el autor, la circunstancia de que en igualdad de condiciones son muy pocos los hombres que presentan albuminuria, demuestra que para que se presente la albuminuria es menester que exista alguna alteración, por lo menos funcional, del riñón ó de sus vasos. Chvostek ya había insistido en este particular, y sobre todo en que la albuminuria de la pubertad está relacionada con una secreción interna anormal. Observaciones ulteriores nos enseñarán si en otros ortóticos interviene quizá una exagerada secreción de adrenalina.

El hecho aducido por Jehle de que en la mayoría de los niños sanos puede provocarse albuminuria con determinados procedimientos y una lordosis excesiva, no puede invocarse contra la opinión de que la albuminuria que se presenta en circunstancias ordinarias (estar de pié, etc.), necesite para su producción otro factor causal.

El Dr. *Novak* dice que las investigaciones que ha realizado en 14 casos de albuminuria ortótica le conducen, respecto á la etiología, á resultados análogos á los obtenidos por Jehle. La albuminuria se presenta con la actitud de pié, de rodillas, con el cuerpo erguido, con el cuerpo suspendido por el aparato de Sayre, y hasta en posición vertical, pero un poco oblicua, y sostenida por mucho tiempo. No se presenta con el decúbito supino, la posición sentada, de rodillas descansando con las nalgas sobre los talones, con el trabajo muscular, con la suspensión activa, con la suspensión del cuerpo invertido y con la compresión del tórax.

Atribuye Jehle la albuminuria á que el espinazo lordósico determina una inflexión angular de los vasos renales, bien directamente ó mediante la tracción de un ureter demasiado corto. Ensayos en el cadáver han de-

mostrado al autor que esta teoría no basta para explicar la albuminuria ortótica. Además, en un sujeto en que repitió los experimentos de Jehle, vió que así como la lordosis activa, en que el paciente inerva más ó menos sus músculos dorsales, no provoca nunca la albuminuria, en la pasiva sucede lo contrario. Esta diferencia se explica recordando que, según Edel y otros autores, toda acción muscular enérgica impide la aparición de albúmina, aun en aquellas circunstancias en que suele presentarse.

Por falta de material clínico suficiente no ha podido el autor resolver si la lordosis puede, por sí sola, provocar la albuminuria.

También dice Jehle que la causa de la albuminuria gravídica acaso sea la lordosis del embarazo. Ahora bien, de las investigaciones hechas por el autor en la segunda clínica obstétrica, se deduce lo infundado de tal hipótesis.

El Dr. *Carlos Reitter* cree, como resultado de sus experimentos fisiológicos, que conviene tener en cuenta los hechos siguientes: La excitación del plexo simpático que rodea á la aorta determina la contracción de las arterias renales y por ende la oliguria; sabido es, además, que la sección del plexo renal ocasiona albuminuria. La lordosis de la porción lumbar del espinazo produce á veces albuminuria y tanto más pronto, como ya lo hace notar Jehle, cuanto más alto sea el nivel de la desviación vertebral. Precisamente á la altura de las vértebras lumbares primera y segunda es donde se encuentra la masa principal del plexo simpático abdominal. No parece, por lo tanto, del todo injustificado buscar en estas particularidades la posibilidad de cierta influencia de carácter nervioso y, sobre todo, de una acción excitante.

El Dr. *Víctor Blum* defiende el método del cateterismo uretérico y del diagnóstico funcional del riñón contra las objeciones que le han hecho Chvostek y Strasser.

La opinión de Kapsamer de que en la albuminuria ortótica se trata de perturbaciones análogas á las de la glomerulonefritis aguda, está en oposición con lo que nos enseñan las exploraciones funcionales y con lo que sucede en algunos casos de albuminuria lordósica, en que la albuminuria aparece á los cinco minutos de estar en pié con lordosis del espinazo y desaparece con la misma rapidez con el cambio de actitud. En la glomerulonefritis aguda no sucede nada de esto, como ya se comprende.

El Dr. *Franz Chvostek* refiere que en tres casos de albuminuria de la pubertad, de forma leve, ésta no se presentaba aún con la actitud vertical, si previamente se practicaba una inyección de morfina y se hacía tomar al sujeto al mismo tiempo un gramo de bromuro sódico. Es lo más probable que no habrá de suceder lo mismo en todos los casos análogos; esto no obstante, enseñan tales hechos que el factor mecánico invocado por Jehle no se puede invocar en semejantes circunstancias.

El Dr. *Nicolas de Jagic* refiere que en dos casos de albuminuria ortótica, que hay ahora en la clínica de Noorden, se ha comprobado de un modo indudable que los factores mecánicos, y en especial la lordosis del espinazo, pueden provocar ó, en su caso, reforzar la albuminuria. En efecto, ésta no se presentó nunca ni con el reposo en la cama ni después de un movimiento continuo durante varias horas en la alcoba ó al aire libre. En cambio,

siempre sobrevino albuminuria intensa á los quince minutos de una actitud lordósica activa y duradera, sin relajación de la musculatura de la espalda.

El examen cistoscópico, hecho por Blum, demostró la existencia de hemorragias en la vejiga y la igualdad funcional de ambos riñones. Resulta de lo dicho que el factor mecánico interviene por mucho en la albuminuria ortótica, aunque no sea el único factor causal y existan casos, como dice Noorden, en que desempeñan cierto papel anomalías del metabolismo nutritivo.

El Dr. *Guillermo Winternitz* se maravilla de que no se hable de la albuminuria, que es provocada á veces por excitaciones térmicas. Ya Johnson, en 1873, indicó las albuminurias transitorias provocadas por los baños fríos. Por su parte, ha hecho experimentos que demuestran que las influencias nerviosas y vasomotoras á que Chvostek da primordial importancia en la patogenia de la albuminuria, constituyen una causa auxiliar, pero no provocan dicho fenómeno.

El Dr. *Carlos de Noorden* cree que es lo más probable que una estrechez de los vasos renales sea provocada por una lordosis muy pronunciada, ya por estiramiento de los arterias renales, ya por excitación del plexo simpático (estiramiento ó estrujamiento entre el espinazo y la aorta) con excitación subsiguiente de los vasomotores de las arterias renales pequeñas. El hecho de que los obstáculos al aflujo de sangre provocan albuminuria, es conocido desde hace mucho tiempo. Una oclusión muy breve de la aorta por encima de la emergencia de las arterias renales ó una compresión de estas últimas, determina en el acto la albuminuria, la cual dura un cuarto de hora ó más, después de realizado el experimento.

Lo mismo que las influencias mecánicas groseras que intervienen en la albuminuria ortótica, es posible que obren otras causas estrechando los vasos renales, dañando de este modo transitoriamente á la nutrición de los epitelios renales y haciéndolos permeables á la albúmina. En este sentido figuran, v. gr., los factores alimenticios, ya mencionados en la literatura antigua, y que obran de un modo análogo á las substancias tóxicas. También hay que mencionar principios tóxicos de origen no alimenticio, y no olvidar tampoco las influencias térmicas á que acaba de aludir Winternitz.

Los importantes descubrimientos de Jehle sirven mucho para explicar ciertos casos de albuminuria transitoria y nos inducen á buscar en todo caso de este género aquellos factores que provocan una estrechez de los vasos renales. Lejos de estar en contradicción con la teoría de la neurosis vascular refleja, la apoyan, y lo mismo sucede respecto á la teoría que invoca más bien influencias químicas sobre los vasos renales.

El Dr. *Carlos Stejskal* dice, en su rectificación, que la tesis defendida por él de que en toda albuminuria ortótica de larga duración sobrevienen lesiones renales, ha sido admitida por la generalidad. Las objeciones que se han hecho reconocen por causa la diferente naturaleza de los casos examinados y además la diversa reacción de cada caso particular á una misma influencia. Las investigaciones que ha realizado para comprobar las afirmaciones de Jehle le han demostrado que sólo tienen aplicación á los niños. Es posible que la rigidez del espinazo observada por Escherich en

adultos con albuminuria ortótica, pueda explicar la significación, al parecer escasa, de la lordosis en la patogenia de la albuminuria ortótica del adulto.

Según Jehle, una influencia directa sobre los vasos, ó indirecta mediante una tracción sobre los uréteres demasiado cortos, produce una inflexión angular de los vasos, y de aquí una estancación renal seguida de albuminuria. Mas es lo cierto que Jehle no ha demostrado con autopsias ni de otro modo la realidad de sus afirmaciones.

La albuminuria de los ortostáticos, tanto por su cantidad como por la rapidez de su aparición, puesto que sobreviene, según Novak, al cabo de uno á cinco minutos, puede provenir de una estancación venosa. Ya no sucede lo mismo con la inhibición del aflujo arterial.

En lo que se refiere al punto de partida de los distintos factores de orden reflejo que influyen en la circulación renal, parece, á juzgar por los hechos observados, que de los músculos, del intestino, y también del estómago, parten excitaciones reflejas que estimulan la actividad renal, y de este modo disminuyen la albuminuria. Las investigaciones de Jehle parecen haber demostrado que de la columna vertebral parte un factor que obra en sentido opuesto, y en concepto del autor, por vía nerviosa. En cambio no ha encontrado en la literatura ninguna prueba á favor de la opinión de Strasser, acerca de que la albúmina aumenta por la actividad muscular en la actitud vertical. La limitación de la influencia de las excitaciones reflejas á una actitud determinada es sólo aparente. Las diferentes formas de albuminuria se producen por interferencia de diversos factores.

(*Wiener Klinische Rundschau*).— R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Respiración de Cheyne-Stokes.—Hoy todos saben que la respiración de Cheyne-Stokes no es necesariamente un tipo patológico. No sólo se observa con regularidad como tipo fisiológico en los animales de sangre fría, sino que existe en varios mamíferos, en condiciones normales, un tipo de respiración imposible de diferenciar del de Cheyne Stokes. Este tipo de respiración periódica se observa durante el sueño invernal de la marmota, del erizo y del lirón y de algunos mamíferos cuando disminuye de un modo notable la excitabilidad nerviosa. Cuando duermen los niños sanos y de poca de edad, se observa con frecuencia un tipo de respiración periódica, y hasta en muchos adultos sanos se presenta durante el sueño profundo el tipo respiratorio de Cheyne Stokes. En todos estos casos existe, naturalmente, una disminución notable de la excitabilidad nerviosa.

Los cambios en la actividad de los centros respiratorios se han atribuído á la composición de la sangre, y los fisiólogos modernos atribuyen el fenómeno á una combinación de estas dos causas. Todos los casos de respiración de Cheyne-Stokes, lo mismo fisiológica que patológica, van acompa-

fiados de disminución de la excitabilidad del sistema nervioso. El fenómeno en los casos patológicos no es característico de enfermedad especial alguna, ni necesariamente de un pronóstico mortal; es un signo de disminución de la excitabilidad nerviosa y se asocia con frecuencia al aflujo insuficiente de sangre arterial al encéfalo. Las diversas fases de la respiración de Cheyne-Stokes siguen, al parecer, el orden siguiente: El bióxido de carbono se acumula y el oxígeno disminuye hasta que las células nerviosas deprimidas son estimuladas; los primeros movimientos respiratorios son superficiales, y á causa de la lentitud necesaria para la renovación de la sangre en los pulmones y del paso necesario de la sangre desde estos órganos al encéfalo, sigue aumentando el bióxido de carbono y disminuyendo el oxígeno. Los movimientos respiratorios se hacen después más rápidos, llegando á ser profundos y dispnéicos; el bióxido de carbono de la sangre es eliminado en grandes cantidades, absorbiéndose oxígeno en cantidad suficiente; la excitación se hace cada vez menos intensa y los movimientos respiratorios más lentos. Sigue á esto un período de apnea debido, al parecer, á la falta de bióxido de carbono en cantidad suficiente para excitar el centro respiratorio. A causa de estas modificaciones, llega al bulbo más sangre arterial al terminar el período respiratorio, y á la vez la presión sanguínea suele elevarse como consecuencia de los movimientos respiratorios profundos.

(*Philadelphia Medical Journal*, 30 mayo 1908).—F. Toledo.

Tratamiento de la enuresis nocturna con extracto suprarrenal. — Refiere el Dr. Mario Ferraro, de Montecchio, que, animado por los éxitos que dice haber obtenido Zanoni con el extracto suprarrenal en la enuresis nocturna, repitió estos ensayos en 10 individuos de cuatro á quince años, los cuales venían padeciendo de enuresis nocturna desde su primitiva infancia. En algunos de ellos la afección era hereditaria. En todos, excepto en uno que interrumpió el tratamiento á los pocos días, sin duda porque no le servía, se obtuvo una curación completa y duradera á las pocas semanas de estar tomando dos veces al día de 20 á 30 gotas, por término medio, de extracto suprarrenal. Generalmente se observó ya una mejoría notable á los diez días de tratamiento, y la curación definitiva con el consumo de un frasquito, ó todo lo más dos, de la medicina.

El autor dice que, según le ha comunicado el Dr. Francisco Fabrio, ha obtenido resultados no menos brillantes en otros tres casos.

(*Rivista Veneta*).— R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

No obstante hacer algunos años que se inició el estudio de la decapsulación del riñón para el tratamiento de diversas enfermedades, principalmente de las nefritis, en las cuales la alteración del filtro renal es la lesión alrededor de la cual giran todos los síntomas, á pesar de ello, dicha intervención está actualmente á la orden del día y apasiona cada día más á nuestros cirujanos, los cuales, convencidos de la bondad del procedimiento, van ya poniéndole en práctica, encariñándose por una intervención operatoria con la cual puede obtenerse la curación de procesos patológicos que hasta hace poco se consideraban incurables.

Entusiasmados por el buen éxito obtenido con la decorticación renal en algunos casos en que hemos podido ser testigos presenciales del curso de la operación y seguir la marcha ulterior del proceso, nos proponemos contribuir, en lo posible, á la divulgación de este procedimiento operatorio, haciendo su historia rápida, estudiando la técnica operatoria y sacando las conclusiones que se desprenden de los casos publicados en el extranjero y de los que nosotros, por haber cooperado en ellos, podemos considerar personales.

La decorticación renal sostenida por Edebohls, de Nueva York, como tratamiento de elección de las nefritis, ha sido englobada en

su estudio por la nefrotomía y la nefrectomía y sus progresos en la historia del tratamiento quirúrgico de las nefritis han seguido una marcha casi uniforme, no separándose las indicaciones de estos procedimientos operatorios hasta estos últimos años en que nefrectomía, nefrotomía y decapsulación del riñón, quedaron perfectamente deslindadas y diferenciadas.

Como el estudio de la decorticación renal y de sus indicaciones es inseparable de su historia, procuraremos, aunque sea á grandes rasgos, hacer el estudio de las vicisitudes que dicha intervención operatoria experimentó hasta nuestros días, en que Pousson, paladín esforzado de la nefrotomía, no se atreve á negar las excelencias de la operación de Edebohls y reconoce la superioridad que la capsulectomía tiene en determinadas condiciones sobre la incisión del riñón.

El primer caso en que se creyó indicada la decapsulación del riñón es el de Tiffany (1), el cual practicó dicha operación en 1889 á una mujer, únicamente para calmar los dolores violentos que experimentaba en el riñón derecho.

Una vez incindida la cápsula propia, fueron borrándose paulatinamente sus dolores.

Es cierto que en este caso no se hizo una verdadera decapsulación, pero sí lo más importante de ella, según Pousson, la incisión de la cápsula, que hizo disminuir la hipertensión sanguínea intrarrenal. Pero este caso, que puede considerarse como la iniciación de la decorticación renal, viene á probarnos que acaso mucha parte de los resultados obtenidos por la nefrotomía, cuyo primer tiempo ha de ser necesariamente la capsulotomía, sean debidos á la incisión capsular.

En efecto, por situación análoga, por una nefralgia, diagnosticada de litiasis renal, Clement Lucas, Hulke, Belfield, Mayo Robson, Le Dentu y otros cirujanos, practicaron la nefrotomía, y aun cuando el pretendido cálculo no pareció por parte alguna, desaparecieron los dolores ó por lo menos disminuyeron considerablemente.

Al año siguiente, en 1890, Broca (2) en un caso de hematurias y dolores renales, con cilindros, glóbulos blancos y glóbulos rojos en la orinas, no pudiendo hacer un diagnóstico preciso de la enferme-

(1) Tiffany: *Annals of Surgery*, 1889.

(2) Broca: Hemophilie renal et hemorragies renales sans lesion. (*Annales des maladies des organes gen.-urin*)., diciembre, 1894.

dad, se decidió á hacer una *lumbotomía* (1) exploradora. La simple incisión de las paredes lumbares hizo desaparecer por completo los dolores y las hematurias, acaso por hacer involuntariamente al explorar el riñón, la destrucción de las adherencias de la cápsula fibrosa con los tejidos inmediatos, destrucción de adherencias en las que se quieren ver muchas de las excelencias de la decorticación renal.

Del caso tratado en 1896 por Hamonic (2) mediante la nefrotomía, á causa de una hematuria persistente, podemos decir lo mismo que de los anteriores.

En el Congreso de Cirugía de 1898, Tuffier (3), ocupándose de la incisión del riñón como tratamiento de las hematurias renales y de las nefralgias, relata las intervenciones practicadas en el extranjero é invita á los cirujanos franceses para que sigan la conducta de aquéllos, en esos casos en que el riñón sangra persistentemente y con abundancia; pero este consejo va envuelto en vaguedades, pues Tuffier no llega á sentar afirmación alguna, ni á hacer indicación precisa por no saber si los buenos resultados obtenidos «eran debidos á la sugestión (¿?), á la incisión del riñón ó á su fijación».

Le Dentu (4), declarándose partidario en el mismo Congreso de la nefrotomía, no aclara mucho más dicho punto, limitándose á afirmar «que la nefritis puede producir dolores tan violentos como la litiasis», y recomienda, en caso de no dar resultado los tratamientos médicos, «la nefrotomía exploradora, que puede ser curatriz».

Todos estos casos en los cuales se hizo un diagnóstico equivocado y en los que se vieron los buenos efectos logrados con la incisión del riñón, practicada por fines diversos, hicieron que los cirujanos consideraran la nefrotomía como el tratamiento obligado de muchas y variadas lesiones renales, sin parar la atención en si era la incisión de la cápsula fibrosa ó la del riñón la verdadera causante de las mejorías ó las curaciones. En los trabajos de Albarrán,

(1) Nombre propuesto por el Dr. Suárez de Mendoza, de Madrid, para indicar la incisión de la pared lumbar. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias. Madrid, 1908.

(2) Hamonic: Hematuries premonitoires de certaines affections renales. A. F. U., 1898, pág. 115.

(3) Tuffier: Congreso de Cirugía, 1898, sesión del 17 octubre, tarde, página 65.

(4) Le Dentu: Congreso de Cirugía, sesión de tarde del 17 de octubre de 1898, pág. 84.

Malherbe y Legueu, Nicolich, Pouson, Reginald Harrison, Robert Weir, Israel, Newmann, Lennander, Loumeau, Moine, Monod, Routier, Potherat, Spanton, Reynes y Ferguson, se citan casos en los cuales la nefrectomía ó la nefrotomía lograron paliar ó curar diversas lesiones renales, pero nada dicen referente á las indicaciones de la decapsulación renal.

A Georges Edebohls (1) es á quien corresponde la gloria de haber sido el primero que practicó de un modo racional la decorticación renal, y que interpretó los resultados obtenidos con dicha intervención operatoria.

En 1901 publicó su primera estadística, que se compone de 18 observaciones de nefritis crónica, tratadas por la decorticación de un solo riñón ó de los dos. Los resultados con ella obtenidos fueron tan excelentes, que ya desde dicha época Edebohls practica sistemáticamente la decorticación renal en todos los casos de nefritis crónica.

Al año siguiente publicó en los *Annalls of Surgery* con toda clase de detalles su procedimiento de decorticación.

El 8 de noviembre del mismo año publicó, en el *British Med. Journal*, un trabajo en el cual hace ver la preponderancia que la decorticación tiene sobre la nefrectomía total ó parcial, sobre la nefrotomía y sobre la nefropexia, comunicando seis observaciones de lesiones graves agudas ó crónicas de los riñones, tratadas por su procedimiento operatorio.

La teoría de descompresión renal y formación de nuevos vasos que aseguran la circulación sanguínea ulterior del riñón decorticado, viene á ser plenamente confirmada por los trabajos fisiológicos en el riñón, ejecutados sobre el conejo y otros animales por Claude y Balthazar, trabajos que dieron á conocer en la sesión del 1.° de marzo de 1902 en la Sociedad de Biología.

Dos meses después, Ramón Guiteras (2) publicó en el *New-York Medical* del 17 de mayo, dos observaciones personales de mal de Bright, tratados el uno por decapsulación doble, y por nefropexia el otro.

En la Asamblea de Médicos de Massachusetts, Cabot y Elliot (3)

(1) G. Edebohls: Cronic nephritis affecting a movable Kidney as and indication for nephsopesy. *Medical News*, New-York, 22 abril, 1899. LXXIV.

(2) Guiteras: The surgical treatment of Bright's disease. A preliminary communication. *The New-York medical journal*, 17 mayo 1902, pág. 847.

(3) Cabot y Elliot: *Boston medical and surgical Journal*, 28 octubre, 1902, páginas 456-457.

publican cada uno dos observaciones de decapsulación de los riñones por mal de Bright. Uno de los enfermos murió, y los otros habían mejorado bastante cuando los autores precitados hicieron su comunicación á la Asamblea.

Si se siguen con cuidado los diversos trabajos sobre intervención quirúrgica en las nefritis, se puede hacer la observación de que, mientras los cirujanos franceses se declaran ardientes partidarios de la nefrotomía, siguiendo en ello á Pousson, y mientras éstos interpretan con arreglo á su teoría todos los resultados obtenidos en sus intervenciones, los cirujanos norteamericanos é ingleses, poniéndose al lado de Edebohls, defienden la teoría de éste y afirman que, así como la nefrotomía produce resultados casi instantáneos, son éstos poco duraderos y en cambio la decorticación tarda, si es verdad, algunos días en producir sus beneficiosos resultados, pero en revancha, son éstos mucho más prolongados que los de la nefrotomía.

Vemos, pues, la revolución á que dió lugar Edebohls desviando la atención de los prácticos de la nefrotomía y atrayéndola sobre la decapsulación, dando á este asunto una extensión y una orientación nuevas.

En noviembre de 1902, el cirujano americano publica una estadística de 45 casos, de los cuales 19 contaban un año de fecha.

En 1903, el Dr. Leopold Le Nouëne (1) publica su tesis sobre el tratamiento quirúrgico de las nefritis y en la cual, con gran independencia de criterio, hace el resumen de los trabajos publicados hasta aquella fecha, reuniendo un gran número de casos de decapsulación, debidos principalmente á Edebohls y cerrando su tesis con la conclusión de que, así como la nefrotomía es una operación recomendable que permite al riñón recobrar sus funciones eliminatorias en el período de accidentes graves de la uremia, en las nefritis crónicas la decapsulación renal es una operación benigna que, según los casos publicados, puede hacer esperar la curación del mal de Bright.

El año 1904 publica Edebohls, en New-York, una nueva obra en la cual reune 72 casos de decapsulación parcial ó total, con los cuales hace una estadística que analiza después, estudiando, en suma, todas sus intervenciones realizadas desde el 29 de noviembre de 1892 hasta el 5 de diciembre de 1903.

(1) *Le Nouëne:* Du traitement chirurgical des néphrites, 1903, París.

Para concluir lo referente á la historia de la decorticación renal en las nefritis, citaré la comunicación presentada por el profesor Alfred Pousson al Congreso internacional de Medicina de Lisboa.

En ella dice, y es importante por decirlo el defensor de la nefrotomía contra la decapsulación, que la decorticación renal en las nefritis agudas se reduce á la descompresión del riñón inflamado, pues el flujo sanguíneo por la periferia del órgano no es nunca abundante, pero en cambio en la nefritis crónica *la decapsulación renal es la única operación racional que permite esperar la curación.*

Hasta ahora no hicimos sino la historia de la decapsulación renal aplicada al *tratamiento de las nefritis* agudas ó crónicas, por lo cual hemos de completar nuestro estudio histórico con el de las demás indicaciones de la decorticación renal.

Prescindiremos para ello de aquellas observaciones en las cuales la decorticación renal parece haber dado un resultado definitivo, á pesar de no tratarse de una nefritis más ó menos confirmada, y partiremos, para nuestro estudio histórico, de los trabajos en que se propuso la decorticación renal, no como operación exploradora, sino como un objeto curativo ó á lo menos paliativo.

Israel, de Berlín, parece que fué el primero que tuvo la idea de proponer sistemáticamente, después de madura reflexión, la intervención quirúrgica en casos de hemorragias renales rebeldes sin lesión aparente, recurriendo en semejante caso á la nefrotomía, operación que recomienda en las conclusiones de su comunicación presentada á la Sociedad de Medicina interna, sesión del 20 de enero de 1902.

En estos casos, el Dr. A. Ivert aconseja que se recurra á este método, declarando que él no dudaría en emplearle antes que permanecer desarmado y asistir pasivamente á la muerte del desgraciado enfermo.

Pero la nefrotomía lo único que hace, y ya es bastante, es disminuir la tensión intrarrenal, efecto que muy bien pudiera lograrse con la decorticación, por lo cual cito los trabajos de Israel y de Ivert.

Lo mismo podemos decir de los casos de nefralgia rebelde, de anuria histérica, de anuria puerperal, y tantos otros procesos cuyo ligero estudio no permite el que se les conceda ya un puesto en la historia de la decorticación renal, pues no pasan de ser observaciones aisladas.

No ocurre lo mismo con la eclampsia puerperal, cuyo tratamiento quirúrgico interesa vivamente en estos últimos tiempos á ginecólogos y urodólogos.

Guiado Edebohls por lo que ocurre en los accidentes urémicos ordinarios, los que se tratan á la desesperada por la intervención quirúrgica y pensando en la gran analogía que existe entre ellos y los de la eclampsia puerperal, se le ocurrió que la intervención quirúrgica sobre el riñón, que la decorticación renal, pudiera ser beneficiosa en la eclampsia. Por esta época se le presentó una enferma de eclampsia puerperal, en la cual se decidió á practicar la decapsulación bilateral del riñón, operación que le dió resultado.

Esta operación, practicada el 13 de abril de 1903, y citada por Cavaillon y Trillat, es el primer caso que se encuentra en la literatura médica de eclampsia puerperal tratada quirúrgicamente.

Animado por tan brillante resultado, el cirujano de New-York aplica desde entonces la decorticación bilateral á los casos de eclampsia en los cuales ha fracasado el tratamiento médico.

Pousson, de Burdeos, paralelamente comenzó á tratar quirúrgicamente los casos de eclampsia puerperal, practicando, como Edebohls, la decorticación renal, pero uniéndola á su procedimiento favorito, ó sea á la nefrotomía.

En el trabajo de Pousson y Chambrelent hacen ver estos autores la superioridad de la decorticación renal doble unida á la nefrotomía derecha, y apoyan sus afirmaciones con algunos casos que se consignan en el trabajo ya citado y que presentaron á la Academia de Medicina de París, informando el profesor Pinard.

En el V Congreso de Ginecología, Obstetricia y Pediatría celebrado en Argel del 1 al 16 de abril del año pasado, Sección de Obstetricia, se puso á discusión la decorticación renal y la nefrotomía en las formas gráves de eclampsia puerperal, informando el doctor Pieri, de Marsella, que se declaró partidario de la operación é interviniendo en la discusión los Dres. Treub, de Amsterdam, Queirel, de Marsella, Boursier, de Burdeos y Hartmann y Pichevin, de París.

Para no cansar más vuestra atención, concluiremos esta parte histórica con una curiosidad en las indicaciones de la decorticación renal. Me refiero al trabajo del Dr. Phocas presentado á la Sociedad de Cirugía de París, en el cual trata de la aplicación de la decapsulación renal á la cirrosis hepática común, trabajo del cual

me ocuparé al hablar con extensión de las indicaciones de la decorticación renal.

Diversa ha sido la manera de comprender el modo de obrar en las enfermedades del riñón, principalmente en las nefritis, de la decapsulación, pero las teorías de Harrison, Pousson y Edebohls, tienen tantos puntos de semejanza que parecen completarse, no constituyendo las tres sino una sola teoría.

La incisión de la cápsula propia del riñón obra disminuyendo la tensión intrarrenal, principal factor en las nefritis, por ser la causante principal de la albuminuria.

Esta tensión que es fácil de comprobar durante la vida, en el curso de la operación, por la vista y el tacto, reconoce por causa la hiperemia intensa de que es asiento el riñón, la diapedesis y la proliferación de los diversos elementos conjuntivos y epiteliales. Así ingurgitado el riñón, se encuentra encerrado en su cápsula fibrosa, que es inextensible, y por lo tanto, sus funciones se alteran, y á la larga degeneran sus elementos celulares, no ejecutando la misión que les está encomendada.

Harrison compara esta hipertensión del riñón dentro de su cápsula á lo que ocurre en el ojo en casos de glaucoma, y así como la iridectomía disminuye la tensión intraocular velando por la vitalidad de los elementos anatómicos, así la incisión de la cubierta fibrosa del riñón hace desaparecer la tensión exagerada de los elementos celulares, permitiendo el retroceso de las lesiones del riñón. Se trata, pues, en estos casos de un verdadero glaucoma renal, que necesita de la oporación de Edebohls, como el glaucoma del ojo exige imperiosamente el desbridamiento de las cubiertas del ojo ideado por Græfe, ó sea la iridectomía.

(Continuará).

REVISTA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

SUMARIO: I. El lenguaje musical y sus trastornos en los histéricos.—II. *Delirium tremens:* síntoma de Reichardt.—III. Aneurismas de las arterias cerebrales de grueso calibre.—IV. Las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la epilepsia.—V. Paralelo entre la esclerosis lateral amiotrófica y la atrofia muscular progresiva.—VI. Psicosis de la vejez.

I. Acerca de este asunto ha publicado el sabio Dr. D. José Ingegnieros, de Buenos Aires, un interesante artículo en la *Revista Frenopática Española.*

La música vocal, en su origen, es un medio de expresión de estados emotivos. Todo sonido musical determina en nuestro organismo dos clases de reacciones: unas directas, variables con la idiosincrasia personal y con las condiciones del organismo en el momento en que actúa la excitación auditiva; otras son indirectas, actuando la excitación musical sobre la representación psíquica de emociones musicales precedentes.

Según el grado de evolución alcanzado por sus aptitudes musicales, los individuos pueden clasificarse: en idiotas musicales, que tienen «sordera tonal»; imbéciles musicales, que perciben la gradación tonal de los sonidos, pero no encuentran placer en la audición musical; inteligentes musicales; talentos musicales y genios musicales.

El lenguaje musical deriva del lenguaje ordinario y consta de elementos análogos que funcionan mediante un mecanismo psicológico semejante; depende de centros funcionales en la corteza cerebral y posee imágenes propias. Sus centros sensoriales son dos y recogen imágenes sensitivas del oído y de la vista; los centros motores son tres y contienen las imágenes motrices del canto, de la escritura musical y de la ejecución instrumental. Los centros fisiológicos del lenguaje musical están especializados en los centros del lenguaje ordinario, guardando con éstos una relación de parte á todo.

Cuando se altera la noción del significado simbólico de los diversos medios de expresión constitutivos del lenguaje, existe una forma cualquiera de «asimbolia» ó «disimbolia», cuyo capítulo más importante lo constituyen las *afasias*, de las cuales son una variedad las

amusias ó *afasias musicales*. La amusia puede ser pura; combinada con la afasia común; total, cuando abarca todas las formas del lenguaje musical; múltiple, si sólo comprende dos ó más, pero no á todas; parcial, si sólo afecta á una, y por último, completa ó incompleta, según que suprime en absoluto ó dificulta parcialmente la función afectada.

Las dismusias comprenden tres grupos: las amusias ó afasias musicales, análogas á las afasias comunes; las hipermusias ó exageraciones mórbidas de las funciones propias del lenguaje musical, y las paramusias, aberraciones en las cuales no están suprimidas ni exageradas las funciones, sino desviadas de sus formas ordinarias.

Todas las perturbaciones descritas pueden observarse en sujetos histéricos.

La amusia histérica puede ser: 1.° Total, ó sea pérdida simultánea de todas las formas sensoriales y motrices del lenguaje musical, con perturbación del lenguaje ordinario. 2.° Sordera musical pura, parcial, ó sea pérdida de la audición musical con conservación del canto y de la ejecución en el piano por simple memoria de las imágenes motrices y también sin perturbación del lenguaje ordinario. 3.° Amusia motriz combinada con mutismo histérico; forma frecuente en la que la supresión del canto y la conservación del oído musical coinciden con los trastornos del lenguaje ordinario. 4.° Amusia motriz combinada con afasia y hemiplegia derecha histérica; forma frecuentísima. 5.° Amusia motriz parcial combinada con afasia motriz completa; la enferma no puede cantar, pero sí escribir música, tocar el piano y leer y oir música. En cambio en el lenguaje ordinario hay afasia motriz completa y la enferma no puede leer ni escribir. 6.° Afemia instrumental pura: estando incólumes el lenguaje ordinario y el canto, la lectura, la escritura y la audición musical, la enferma no puede tocar el piano.

Las hipermusias histéricas comprenden: 1.° Los impulsos musicales; crisis impulsivas de composición musical. 2.° La metodización incoercible de la lectura ordinaria; la enferma no puede leer en alta voz sin cantar lo que lee.

En las paramusias histéricas, que son frecuentes, se incluyen: 1.° La fonofobia total ú horror á toda clase de sonidos. 2.° La obsesión melódica ó tendencia á la repetición de una frase musical. 3.° La audición coloreada. 4.° La asociación mórbida erótico-musical, ó sea la excitación sexual al oir cierta música. 5.° La fobia musical con reacciones convulsivas, y 6.° La disonofobia ú obsesión

sistemática que obliga á la enferma á completar cada sonido con una fórmula musical y á buscar su resolución armónica.

La fisiopatología de todas estas perturbaciones histéricas no es unitaria. Por una parte encontramos trastornos atípicos y no sistematizados, las hiperamusias y las paramusias que pertenecen á los trastornos mentales del histerismo, no estando bien precisada ni su localización anatomopatológica, ni la patogenia del trastorno que desvía la función de las células nerviosas.

En cambio, las amusias son trastornos típicos sintetizados, cuya fisiopatología se puede precisar lo mismo que la de todos los demás accidentes histéricos. La localización anatomopatológica de cada amusia sensorial ó motriz corresponde á la localización de las afasias similares.

Sabemos que los centros del lenguaje musical están especializados en los centros generales del lenguaje común, constituyendo un sistema funcional autónomo. Basta, pues, que la misma perturbación productora de la anestesia, de la parálisis ó de la afasia se localice, especialmente en los centros del lenguaje musical, para determinar los diversos síndromes de la amusia histérica. Si esa perturbación se localiza en ellos exclusivamente, tendremos las amusias puras; si se extiende también á los centros del lenguaje común, tendremos las amusias combinadas con afasias; si abarca, además, otras regiones de la corteza cerebral, podrá tratarse, verbi gracia, de una amusia combinada con afasia y hemiplegia.

Si un solo centro está dormido, según Sollier, ó disociado, según Janet, la amusia es parcial; si más de uno, es múltiple; si los afecta á todos, es total.

Todas estas disociaciones clínicas del lenguaje musical ordinario pueden provocarse en algunas histéricas mediante la simple sugestión, pero con mayor facilidad con la sugestión hipnótica.

II. En la Sociedad de Neuropatología de la Universidad de Kasan, han dado los Dres. A. M. Taizew y A. N. Iwanow una conferencia, que publica en extracto la *Folia Neuro Biologica*, y en la que trataron de un síntoma que, según Reichardt, presentan los individuos atacados de *delirium tremens*, y que consiste en la aparición de alucinaciones ópticas tan pronto como se coloca delante del enfermo un pliego de papel blanco. Según Reichardt, es síntoma de significación diagnóstica, pero sólo se observa en lo más culminante de la enfermedad y deja de presentarse al final de la misma.

Mas es el caso que, habiendo buscado los autores mencionados el

síntoma en 19 casos de *delirium tremens*, que se hallaban en el último período, en que ya no hay alucinaciones ópticas espontáneas, han visto, contra lo que afirma Reichardt, que de estos 19 casos, en 16 el resultado fué positivo y sólo en tres fué negativo.

El experimento, que siempre se practicó en una época en que aún había temblor, se ejecuta del modo siguiente: el enfermo se sienta con la cara vuelta hacia la ventana, á una distancia de unos dos metros de un pliego, completamente liso, de papel blanco, y se le invita á que mire al papel, sin advertirle de que podrá ver en él nada de particular. Las alucinaciones se presentan al cabo de unos tres á cinco minutos; en algunos casos tardan en presentarse quince minutos. Cuanto más violento sea el delirio, tanto más pronto se presentan, y cuanto más calmados estén los síntomas generales, tanto mayor es el intervalo entre el comienzo del experimento y la aparición de las alucinaciones. La duración de éstas varía, y al parecer no se halla en relación con la gravedad del caso. La diversidad, claridad y movilidad de las alucinaciones dependen, sin duda alguna, de la gravedad de la afección. La dimensión de las imágenes evocadas por la alucinación es de unos 2 á 3 centímetros, pero puede llegar á 16 centímetros, siendo de notar que, cuanto más variadas y movibles son las imágenes, tanto más pequeñas aparecen. Su matiz tan pronto es obscuro como, por el contrario, de varios colores. A veces se consigue interrumpir las alucinaciones comprimiendo los globos oculares, pero nunca se ha conseguido provocarlas de este modo.

En la aparición de las imágenes alucinatorias desempeñan cierto papel, en concepto de los autores, las alteraciones del cuerpo vítreo que se observan en los alcohólicos, y principalmente las llamadas moscas volantes. Las alucinaciones en cuestión son, sin embargo, de origen central, y no se provocan por impresiones exteriores. El pliego de papel ha de estar limpio, liso y sin ninguna arruga.

El experimento de Reichardt da resultado negativo en los casos de alcoholismo crónico y de embriaguez permanente. Tiene cierta importancia en Medicina legal por cuanto, gracias á él es posible, en un período relativamente tardío, comprobar la existencia del *delirium tremens*, ó sea de un trastorno psíquico.

III. En un artículo publicado por el Dr. C. F. Beadles en *Brain*, y que trata de este asunto, se encuentran datos y observaciones dignos de conocer.

El artículo está basado en el estudio de 555 casos recogidos ó ins-

peccionados de aneurisma *verdadero* de las arterias cerebrales, y como resultado de tal estudio se contesta en sentido negativo á la pregunta de si es posible por los síntomas observados establecer el diagnóstico de aneurisma, y el de su situación cuando la dilatación vascular radica dentro de la cavidad craneana, á no ser en circunstancias sumamente excepcionales. Pero el autor asegura, además, que en la inmensa mayoría de los casos de aneurisma, ni siquiera se puede diagnosticar la existencia de un tumor cerebral. Si hay algún signo que merezca cierta atención, es el del carácter intermitente que en algún caso presentan los síntomas. Pero esta particularidad se observa muy pocas veces, faltando hasta en casos en que había síntomas manifiestos de tumor.

Los casos de aneurisma de los vasos cerebrales gruesos, los clasifica el autor en cuatro grupos. El primero representa el 46'3 por 100 de la estadística, y comprende aquéllos en los que el primer indicio de la existencia del saco aneurismático es un ataque apoplético á consecuencia de su rotura. En el segundo grupo se incluyen los casos en que una apoplegía mortal ha sido precedida por síntomas que hacían pensar en un tumor cerebral ó en otra lesión: representan el 20 por 100 de todos los casos. Aquellos que constituyen el 16'39 por 100, y en los que sólo había habido síntomas de tumor cerebral, constituyen el tercer grupo. Y el último está representado por los casos—16'61 por 100—, en los que no se había observado síntoma alguno durante la vida.

La existencia de signos propios del tumor, lentamente progresivos y seguidos de un ataque apoplético, no es dato suficiente para diagnosticar un aneurisma. El dato, copiado de libro en libro, de que es frecuente un murmullo audible á la vez por el observador y por el enfermo, sólo se comprobó en dos casos en que se llegó á hacer la autopsia: uno de aneurisma de la vertebral y otro de la porción cavernosa de la carótida interna. En cambio, no se observó el tal murmullo en ningún caso bien comprobado de aneurisma de la verdadera porción intracraneana de la carótida, ni de ninguna otra arteria gruesa de la base del cerebro.

IV. Desde el conocimiento de la epilepsia jaksoniana por una parte, y de las localizaciones cerebrales por otra, era natural pensar en el tratamiento quirúrgico de determinadas formas de mal comicial. Pero la práctica ha enseñado que no todos los casos de epilepsia jaksoniana se curan, una vez extirpado el tumor, esquirla, etcétera, que comprimía las zonas motoras, y que en cambio hay

casos de la llamada epilepsia esencial, que mejoran y hasta pueden curar con intervención quirúrgica.

En el estudio que el Dr. M. Woods, de Filadelfia, hace en el *Journal of American Medical Association*, con el título que encabeza el epígrafe de esta nota, trata de la última categoría de hechos, y refiere algunos que dan hasta cierto punto una explicación de la importancia de las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la epilepsia esencial.

Define esta enfermedad como una neurosis apirética y paroxismal, en la que sus víctimas fácilmente se vuelven neuróticas. Una conmoción súbita crea una impresión violenta en su sistema nervioso, de donde resulta que las curaciones subsiguientes á una operación son debidas más bien á la tal conmoción (Shock), que á que el neoplasma, esquirla, etc., haya sido extirpado ó cambiado de sitio. Según esto, cualquiera intervención quirúrgica *puede* ir seguida del alivio ó de la curación de los ataques epilépticos.

En prueba de su aserto refiere el autor tres casos de su práctica, en los que, habiéndose tratado respectivamente de una amputación del brazo, de una herida grave del muslo, y de una operación por tuberculosis de los ganglios, se observó después una curación manifiesta de los ataques epilépticos. El Dr. J. Wm. Wite, á su vez, hace mérito nada menos que de 90 casos en los que, habiéndose practicado la trepanación sin hallarse lesión, ni haberse realizado ninguna otra intervención especial, esto, no obstante, fué seguido el acto quirúrgico de un alivio marcado ó de una curación absoluta.

Concluye el Dr. Woods diciendo que en todos aquellos casos de epilepsia en que se cree indicada una operación, es muy conveniente que el neurólogo llame en consulta al cirujano.

Añadiré, por mi parte, que los hechos referidos entiendo que deben tenerse muy presentes, si no como un motivo para operar á todo epiléptico, sí para no desechar la idea de una operación, por el temor de que se agraven estos enfermos, si dicha operación está indicada por otras razones.

V. Con motivo de haber observado el Dr. R. T. Williamson dos casos de cada una de las dos mencionadas afecciones, plantea la cuestión tan debatida de si se deben considerar como dos enfermedades diferentes, ó por el contrario, como formas diversas de un mismo estado morboso.

En el artículo que trata de este particular en *The Edinburgh Medical Journal*, se decide el autor por la primera opinión, y para esta-

blecer el diagnóstico diferencial de ambas afecciones, se apoya en los siguientes datos:

Hay que pensar en una esclerosis lateral amiotrófica cuando existe un estado espasmódico de las extremidades inferiores, caracterizado por marcha espasmódica, encorvadura de los dedos de los piés al andar, rigidez de las piernas con los movimientos pasivos, exaltación del reflejo rotuliano, clonus del pié y tipo extensor del reflejo plantar, ó sea signo de Babinski. Todos estos síntomas faltan en la atrofia muscular progresiva genuína.

Los síntomas de parálisis bulbar deponen á favor de la esclerosis lateral amiotrófica, puesto que, según Dejerine, no se observan en la atrofia muscular progresiva genuína.

La esclerosis lateral amiotrófica lleva generalmente una marcha más rápida que la atrofia muscular progresiva. Según Dejerine, el curso de esta última es, por lo común, muy crónico, de diez á quince ó veinte años, y en cambio, la esclerosis lateral amiotrófica evoluciona ordinariamente en un plazo de uno á dos años, terminando por la muerte, por más de que se han publicado algunos casos excepcionales de mayor duración.

La exaltación del fenómeno de la articulación de la muñeca es dato á favor de la esclerosis lateral amiotrófica y la pérdida de dicho reflejo depone á favor de la atrofia muscular progresiva.

Por último, la paresia ó la parálisis de músculos que no hayan llegado á su atrofia final, debe hacer pensar en la esclerosis lateral amiotrófica y en contra de la atrofia muscular progresiva.

De confirmarse el valor de los signos diferenciales mencionados tendrían no pequeña importancia práctica, ya que no para el tratamiento, tan impotente en una como en otra de las enfermedades aludidas, para el pronóstico, que por lo dicho difiere en grado bastante considerable.

VI. En *La Clinique*, número del 21 de febrero del presente año, ha publicado la Srta. Landry, interna de los Hospitales de París, un buen trabajo acerca de este interesante asunto.

Entre las psicosis de la vejez, unas son debidas á la involución senil, y otras reconocen como causa lesiones anatómicas de la corteza cerebral. La involución senil se inicia entre los cuarenta y cinco y los cincuenta años, pero en este particular hay grandes diferencias individuales. El sexo masculino está más expuesto á lesiones vasculares y á síntomas de reblandecimiento, y el femenino, en cambio, á una melancolía de involución ó á un delirio de persecución.

La predisposición influye por mucho en el desarrollo de las psicosis de la vejez; cuando se presentan antes de los sesenta años, se trata siempre de sujetos predispuestos.

La autora clasifica las psicosis seniles en tres grupos: 1.°, las que son provocadas por lesiones vasculares de la corteza; 2.°, las causadas exclusivamente por la atrofia senil del cerebro; y 3.°, aquellas cuya base anatómica no es conocida.

Primer grupo. — Las lesiones vasculares son: ó un aneurisma miliar que se rompe, ó una arteria que se trombosa. En unos casos la lesión está localizada; en otros está generalizada, pero con carácter discreto.

En el caso de lesión localizada, se inicia casi siempre por un ictus. Pasado el período comatoso, se conserva la conciencia general y el enfermo se percata de su déficit intelectual. Disminuye mucho la memoria, sobre todo para los hechos recientes, pero aún está más menoscabada la facultad de la atención. Los enfermos se vuelven exigentes y caprichosos, y al mismo tiempo sufre grave quebranto su energía. Conviene advertir que parte de los trastornos psíquicos de estos enfermos se explican por su decadencia en la esfera motriz, decadencia que clínicamente figura en primer término.

En el caso de lesión difusa del encéfalo, aparecen de un modo insidioso la ineptitud para el trabajo, la somnolencia, la exageración de la emotividad y la incapacidad de atender. Después se agravan progresivamente ó por accesos.

La memoria es la facultad que se afecta más y más pronto, habiendo casos en que los recuerdos se borran repentinamente, verdadero ictus amnésico, y otros en los que la debilitación es progresiva. La debilitación de la inteligencia se manifiesta por la inhibición psicosensitiva y la languidez de todas las operaciones intelectuales.

Todos estos trastornos suelen ir asociados con las diversas variedades de afasia, apraxia, agnosia, etc., siendo en ocasiones difícil deslindar su influencia recíproca.

Segundo grupo.— La base anatómica de las psicosis de este grupo es la atrofia senil del cerebro, acompañada de lesiones vasculares y meningíticas.

Desde el punto de vista clínico, la decadencia psíquica se revela por la debilitación demencial, que es enmascarada y disimulada durante mucho tiempo por el automatismo psíquico. Es la «chochez». El demente senil no adquiere ni asocia nuevas ideas, y repite incesantemente las mismas historias.

La memoria se afecta muy pronto. La amnesia senil tiene el carácter esencial de ser retrógrada, acabando el sujeto por no conservar más que los recuerdos de la infancia y de la adolescencia. Se observa además que mientras el adulto no recuerda lo sucedido antes de la edad de cuatro ó cinco años, los recuerdos del anciano se remontan más atrás y son más vivos que en el adulto.

Este retroceso al pasado se observa en todas las facultades intelectuales y es el que produce la impresión de un retorno á la infancia.

Estos enfermos se vuelven egoístas é indiferentes respecto á los demás, y al mismo tiempo presentan una «sensiblería» que proviene de una mayor intensidad, no en las emociones, sino en su manifestación. La voluntad se debilita, siendo ésta la causa de que con mucha frecuencia vengan los ancianos á hacer, v. gr., testamentos á gusto de aquellas personas que les rodean, y en cierto modo, los aislan y secuestran.

Como todos estos trastornos se van produciendo lentamente, resulta durante mucho tiempo una apariencia de calma y de placidez que no es otra cosa que la expresión de la apatía moral y de la debilitación intelectual propia de estos pacientes.

Este estado demencial se complica á veces con episodios de excitación producidos por una causa tóxica ó tóxico-infecciosa, ó por el contrario, de depresión melancólica. A veces alternan estas dos variedades de crisis.

La nutrición se conserva en algunos de estos enfermos en bastante buen estado, pero al final se altera y además se hacen sucios: *gatismo* de los autores franceses.

Tercer grupo. — Su causa anatómica aún no está dilucidada y comprende la melancolía de involución y el delirio senil de persecución.

La melancolía de involución se desarrolla en un plazo de dos ó tres meses, alguna vez de una ó dos semanas, entre los cincuenta y sesenta años. Empieza quejándose el individuo de todo, después se añade á esto una disminución en la actividad, que en los casos más graves se revela en que dejan de comer por no hacer los movimientos necesarios para ello.

Sobre este estado mental se ingertan ideas de ruindad, de indignidad y de culpabilidad, ideas cuya consecuencia es el deseo de la muerte. De aquí las tentativas de suicidio, que realizan si no se adoptan las precauciones necesarias, habiendo casos en que envuelven

en su deseo de la muerte á las personas de su mayor afecto, que «deben acompañarles». Esta última particularidad, de que no hace mérito la autora, he tenido ocasión de observar en dos casos, uno de mi práctica personal.

Este estado melancólico no se cura generalmente, aunque presenta períodos de mejoría y también de agravación. La mejoría puede ser tal, como en el caso observado por mí, que el enfermo haga alusión al período anterior de su mal, como dándose cuenta de que conoce que ha estado trastornada su mente.

El delirio de persecución, que prácticamente no se distingue del de prejuicio, de Kraepelin, también se inicia entre los cincuenta y los sesenta años, tiene por base interpretaciones delirantes de hechos reales y va acompañado á veces de alucinaciones visuales y auditivas, sobre todo de estas últimas. Se distingue principalmente del delirio de persecución del adulto en que carece de una verdadera sistematización.

El diagnóstico diferencial entre las varias formas de psicosis senil y otros estados análogos, no siempre es fácil. Su evolución es fatal; únicamente pueden mejorar los trastornos mentales de origen vascular. El pronóstico, según esto, es muy grave en lo intelectual, pero no para la vida, por lo menos de un modo directo.

El tratamiento se limita á un régimen adecuado: los baños tibios ó templados y largos para calmar la excitación y el cloral para procurar el sueño. No conviene la morfina por su acción sobre el riñón.

La autora, como se ve, no menciona ninguno de los hipnóticos modernos, alguno de los cuales, como el veronal ó el trional, puede usarse sin inconveniente, procediendo con las debidas precauciones. Tampoco habla, sin duda por darlo como cosa corriente, sobre la necesidad de aislar á algunos de estos pacientes, v. gr., los melancólicos, en el caso muy frecuente de que sea imposible vigilarlos bien en su domicilio.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 23 de Marzo de 1908.

Bifurcación aislada y congénita del velo. — El Dr. *Arquellada* comenzó recordando que el enfermito de quince días que presentó á la Academia el 16 de diciembre del año pasado, continuó la alimentación con biberón de goma larga, con aumento de peso gradual y normal. A últimos de febrero tuvo una varicela, de la que falleció.

A continuación, y con motivo del caso, hizo un estudio de la fisura palatina, manifestando que, según la clasificación de Langenbeck, en el paladar óseo puede ser doble ó sencilla, total ó parcial, pudiendo ser esta última anterior ó posterior.

La hendidura doble del paladar óseo se continúa, en la mayor parte de los casos, con una hendidura media del paladar membranoso, y hacia adelante, en algunos casos tan sólo, con el labio leporino.

La hendidura palatina unilateral se observa más frecuentemente en el lado izquierdo y suele coexistir con el labio leporino casi siempre.

La hendidura parcial del paladar duro ó *uranocoloboma*. adopta diversas variedades no sujetas á clasificación, variando desde el aumento en diámemetro del conducto incisivo hasta la falta de casi todo el paladar óseo.

Todas estas variedades suelen estar complicadas, de ordinario, con la división del paladar membranoso; la división completa y aislada de éste es muy rara; de aquí la importancia del caso presentado.

Con relación á la patogenia, si se adopta el desarrollo de la cara según los estudios de His, esto es, admitiendo los cuatro huesos maxilares superiores, la falta de unión de éstos entre sí ó con el vómer es lo que daría origen á esta deformidad. En cuanto á la causa de esta falta de desarrollo, no se puede precisar: hay que acudir al terreno de la hipótesis. Deuroy, en su obra sobre el *Desarrollo de la cabeza humana*, sienta la hipótesis de que las bridas amnióticas son las que impiden el desarrollo perfecto, cuando no es la lengua la que, por una mala posición, produce dicha falta de soldadura de los maxilares. En efecto, en algunos casos de tumores congénitos de la lengua, vistos por Fernat y Lannelongue, coexistían hendiduras del paladar.

Hein cree que la hipertrofia de las amígdalas es la productora de esta deformidad; hipótesis inaceptable, puesto que el tejido adenoideo no aparece hasta el cuarto mes, mientras que en la octava semana verifícase el cierre completo de la bóveda palatina.

La sintomatología puede decirse que se reduce á ver la deformidad; pero en ésta, como en todas las deformidades del aparato digestivo, hay

que vigilar la posibilidad de la succión, deglución, etc., y hay que tener en cuenta las modificaciones posibles de los sonidos más tarde; cuestiones todas importantísimas para deducir la época de la intervención quirúrgica, porque desde luego las fisuras del paladar no tienen otro tratamiento que el quirúrgico. Acerca de la época en que deben ser operados estos enfermos, no están de acuerdo los cirujanos; pero la tendencia general es que no debe ser practicada antes de los cinco años, pues si bien es verdad que se ha preconizado su ejecución en los primeros días del nacimiento para hacer posible la succión, el mejoramiento habido modernamente en la alimentación artificial de los niños consiente una casi perfecta nutrición, restando así urgencia á la intervención, hace que en muchos casos esperen á ser operados en época más conveniente para la consolidación de la plastia.

El procedimiento operatorio preferible es el de Langenbeck, con ó sin incisiones liberatrices, con ó sin modificaciones, las cuales, muy numerosas, así como los detalles de técnica, no vamos á describir. Con este procedimiento en algunas ocasiones no se obtiene la emisión clara de los sonidos por la falta de movilidad de la parte posterior del paladar membranoso ó por la falta de contacto de éste con la pared posterior de la faringe; para corregir este defecto, Gutmann somete á los operados á ejercicios metódicos de emisión de voz y articulación de sonidos, con los que obtiene muy felices resultados. Estos inconvenientes han querido ser evitados también con perfeccionamiento de técnica; así, Krasdle propone ocluir con la concha inferior; Rötter, para poder completar el paladar membranoso, acude á colgajos nasofrontales; Rose implanta el paladar membranoso en la pared faríngea.

A pesar de todas las modificaciones de técnica, no se ha obtenido, en muchos casos, la curación funcional perfecta; de aquí que, desde el año 1864, véngase preconizando el empleo de aparatos protésicos, cuyas variedades son hoy día infinitas, que en muchos casos dan resultados satisfactorios. Estos no siempre pueden conseguirse en cuanto á la modulación del sonido por atrofia de los músculos del velo, por defecto de función. Por esto la uranoplastia, sea quirúrgica, sea protésica, débese efectuar tempranamente: entre los cinco y los diez años.

Un caso de síndrome de Weber por tumor peduncular. — El Dr. Valle y Aldabalde: R. T., de cuarenta y tres años, casado, jornalero y de buena constitución, ingresó en el Hospital provincial el 24 de febrero. Su madre tiene noventa años, el padre ochenta y todavía trabaja. No ha tenido más que tres hermanas, las cuales están sanas. Padeció el sarampión de niño y una pulmonía hace dos años. No confiesa hábitos alcohólicos.

El padecimiento actual se inició el 3 de febrero, á eso de las dos de la tarde, á los dos meses de haber tenido un fuerte disgusto y á los tres ó cuatro días de venir padeciendo de dolores de cabeza, más marcados hacia el occipucio, pero sin nada de mareo ni de vómitos. De pronto se le puso una especie de niebla delante de los ojos. Así continuó, sin poder trabajar, hasta que á los ocho días cayó en cama, obligado por la cefalalgia y por los dolores en todo el lado derecho del cuerpo. No tuvo nada de fiebre.

Estado á su ingreso: En el ojo izquierdo, la pupila está dilatada, se contrae muy poco á la luz y nada con la acomodación. La pupila derecha está

contraída, pero aún se contrae más iluminando el ojo respectivo y también si se ilumina el opuesto. En cambio, la pupila izquierda no se contrae con la iluminación del ojo derecho. Además, se observa en el ojo izquierdo: parálisis del elevador del párpado superior y de los músculos recto superior, recto inferior y recto interno. En el ojo derecho está paralizado el recto superior. Del examen hecho por el Dr. García Mansilla, resulta que hay algo de reducción concéntrica del campo visual en ambos lados, y que la agudeza visual está reducida á la mitad en el ojo izquierdo. Hay paresia en la zona inervada por el facial derecho. Tiene poca fuerza en ambas manos, sobre todo en la derecha, y también tiene menos fuerza en la extremidad inferior de este lado. La sensibilidad está bien conservada en todo el cuerpo.

Se aprecian los reflejos normales en las dos extremidades superiores, pero están más exaltados en el lado derecho. Lo mismo sucede con los rotulianos. En cambio, en los reflejos de los músculos antero-externos de la pantorrilla no se aprecia diferencia en ambos lados. Los reflejos plantares están exagerados, pero más en el lado derecho, marcándose apenas la flexión de los dedos del pié. Los de Aquiles están conservados y hay indicación del clonus del pié. No existe el reflejo abdominal en el lado izquierdo, y en cambio se conserva el cremastérico en ambos lados. Normales la micción, la defecación y la potencia genésica. Algo de disartria. Continúa el dolor de cabeza, que aumenta algo con la percusión. La marcha es vacilante y torpe, bastante parecida á la de un borracho. En algunos momentos hay un poco de afasia. Existe, en la mitad inferior de la región dorsal del espinazo, una cifosis en curva que el enfermo remonta á la fecha de su pulmonía. Además hay algo de bronquitis crónica.

Casi todos los síntomas que presenta este individuo se explican por una lesión que interesa principalmente el origen del pedúnculo cerebral izquierdo, y de un modo mucho menos marcado el origen del pedúnculo cerebral derecho.

Así se explican: la parálisis del motor ocular común izquierdo; la paresia del facial y de las extremidades del lado derecho; la exaltación, por lo menos de algunos reflejos de dichas extremidades, y la parálisis de sólo una parte del motor ocular común derecho, la que rige el recto superior. La lesión no debe interesar más que al pié del pedúnculo y no al casquete ni á la cinta de Reil ó lemnisco, pues de lo contrario habría síntomas sensitivos que no existen en el caso actual. Conviene advertir que cuando hay perturbaciones en parte de los músculos inervados por el motor ocular común, se suele soponer que se trata de una lesión nuclear, partiendo del dato de que el núcleo de dicho nervio está compuesto de varios grupos bien separados. Sin embargo, por lo que observamos en otros nervios, especialmente en los raquídeos, sabemos que una compresión ú otra lesión análoga puede afectar á un nervio de tal modo, que sólo se perturben las funciones de algunas de sus fibras, no habiendo necesidad, por lo tanto, de admitir una lesión nuclear y no periférica en todo caso de perturbación en sólo uno de los músculos inervados por el motor ocular común.

Esta es la opinión que también sustenta Fuchs en su trabajo publicado en los Trabajos del Instituto Neurológico de la Universidad de Viena, con

el título de *Parálisis del motor ocular común sin participación de los músculos intrínsecos en casos de lesiones periféricas.*

La ataxia tiene el tipo cerebeloso, y en mi entender se explica recordando que por la parte más interna del pié del pedúnculo caminan precisamente fibras procedentes de la porción frontal del cerebro y que se relacionan en el puente con otras procedentes del cerebelo. De aquí que aun en las mismas lesiones de dicha porción frontal se haya observado á veces una ataxia del tipo llamado cerebeloso.

Suponiendo que se trata de un tumor, quizá tuberculoso, dado el catarro bronquial de este hombre, más acentuado en sus vértices, también nos explicamos las cefalalgias violentas que ha padecido y aún padece, aunque hoy muy mitigadas. Sin embargo, no debe ser muy voluminoso, por cuanto no hay éxtasis papilar, vértigos, vómitos, ni lentitud de pulso. La disartria ligera pudiera explicarse sin violencia por la compresión de las vías del hipogloso, puesto que yendo de dentro afuera en el pié del pedúnculo, después de las fibras procedentes de las circunvoluciones frontales encontramos las del facial, del hipogloso, de la extremidad superior y de la inferior. La estrechez de la pupila derecha acaso se explique por la dilatación de la izquierda que, permitiendo llegar más luz hacia el fondo del ojo, determina por vía consensual la estrechez referida.

Los dolores de las extremidades derechas recuerdan los que se observan en algunos casos de hemiplegia cerebral ordinaria. No dejan de ser extraños, por lo mismo que no van acompañados de ningún trastorno de la sensibilidad táctil, dolorosa ni térmica.

Quedan sin explicar: la reducción concéntrica de los dos campos visuales, la disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo y la ligera afasia que se presenta en algunos momentos. Respecto á la causa de la lesión, creo que se puede desechar el disgusto de que habla el enfermo, entre otras razones, porque mediaron dos meses entre dicha emoción moral y la aparición de los primeros síntomas.

Me inclino, como digo, á un tumor, y probablemente de naturaleza tuberculosa, por las razones ya expuestas. Por último, no creo que cabe admitir relación, aunque lo diga el enfermo, entre la cifosis y la pulmonía que precedió á su aparición.

Concepto de la afasia subcortical.— El Dr. Arredondo: Todos los diferentes problemas que con la afasia motora se relacionan, la única de que vamos á ocuparnos, están siendo objeto de una revisión y de un cambio de concepto, muchos de ellos, no todos, justificados á nuestro entender; modificaciones á que han contribuído en alto grado las novísimas teorías de Marie respecto á estos asuntos. Por eso nos parece de interés exponer el concepto que á nuestro juicio debe tenerse de afasia subcortical, uno de los que más adversarios cuenta cuando se le da el clásico de Déjérine, pero sin que sea una novedad completa esta reforma, puesto que ya Pitres pensaba de manera análoga á la manera de pensar, hoy muy extendida, según la cual las afasias por lesión de cápsula interna no deben ser consideradas como tales, sino que deben entrar en el grupo de las disartrias.

Cuando se estudian los enfermos con afasia motora, se observa que hay dos formas distintas de desarrollarse en ellos los fenómenos. En las dos

formas sobrevienen tras de un *ictus*, más ó menos profundo y duradero, desde un simple vahido hasta un ataque apoplético formal, y después en unos sigue una hemiplegia con afasia, cuya hemiplegia va disminuyendo progresivamente hasta estacionarse en un estado de parálisis incompleta, sobre todo en el miembro inferior, mucho más acentuada en el superior, hasta convertirse muchas veces en una verdadera monoplegia braquial, guardando la afasia relación en lo completo del trastorno y en la marcha retrógrada del mismo, con lo que sucede á la parálisis del miembro superior; mientras que en otros, tras del *ictus*, con mucha frecuencia, profundo y prolongado, aparece una hemiplegia con afasia, ambas completas, sino que en éstos la hemiplegia persiste como al principio, después de mucho tiempo, yendo seguida de contracturas; y la afasia, en muchos de ellos, mejora muy pronto, en distinto grado en cada uno, y en él se estaciona ya indefinidamente. Por lo demás, la calidad del trastorno de palabra es exactamente igual en unos que en otros, consistiendo en falta de gran número de palabras y pronunciación defectuosa de otros muchos.

La primera forma es debida á trastornos circulatorios corticales, persistiendo la monoplegia braquial y la afasia mucho más pronunciadas que la parálisis del miembro inferior, porque las lesiones responsables asientan en la arteria cerebral media, que riega el centro de Broca y el del miembro superior, mientras que el del miembro inferior está regado en gran parte, toda la correspondiente al lóbulo paracentral, por la arteria cerebral anterior.

La segunda forma depende de lesiones capsulares, hemorragias sobre todo, que destruyen todo el haz de fibras procedentes de la zona rolándica y quedan interesadas, por lo tanto, las fibras del centro del miembro inferior al mismo tiempo que las del miembro superior, y la hemiplegia es completa. No obstante, el trastorno de palabra que acompaña á esta hemiplegia, como afasia debe ser considerado, puesto que clínicamente es el mismo; y desde el punto de vista de la fisiología patológica tampoco cambia en nada la esencia del fenómeno, dependa la falta de influencia cortical sobre el núcleo bulbar, ya de la pérdida de las imágenes motoras (lesiones corticales), ya de que, aun existiendo éstas, no pueda ser transmitida al bulbo por encontrarse interrumpidas las vías de comunicación córtico-bulbar (lesiones subcorticales).

La existencia de estas vías no está demostrada de un modo anatómico directo, las que pondrían en comunicación el centro de Broca con los núcleos motores bulbares correspondientes; pero el hecho de que la hemiplegia por lesión capsular vaya acompañada de afasia cuando la lesión es del lado izquierdo y no cuando es del derecho, lo mismo que ocurre en las lesiones corticales, salvo en los zurdos, patentiza la necesidad de su existencia. Bien pudiera ser este camino las fibras que se estudiaban antes formando el fascículo de la afasia, después el córticoprotuberancial anterior y más tarde diseminadas en toda la extensión de la cápsula interna. A esta diseminación puede ser debido el hecho de que la afasia retrograde en muchos de estos casos, ya que no siendo destruídas en su totalidad queden fibras únicamente comprimidas ó comprendidas en el foco sin destruirse, y que al reabsorberse éste queden aptas para su función. Nos parece mucho

más aceptable esta explicación del hecho que la que dan de él los que lo consideran como disartria. Para éstos, retrograda el trastorno porque, ocurrida la lesión en un solo hemisferio y recibiendo cada núcleo bulbar fibras de ambos, la conducción del influjo cerebral sobre el bulbo del lado sano suple á la del lado enfermo; siendo la afasia completa al principio, porque esta suplencia tarda en establecerse. Ya queda consignado que el trastorno sólo tiene lugar cuando la lesión capsular es del hemisferio izquierdo; y como el único centro motor cortical del lado izquierdo que no tiene representación en el hemisferio derecho es el de Broca, hay que admitir que á la lesión de las fibras que de él parten se debe el trastorno de la palabra.

Para que haya disartria por lesión cerebral, es necesario que la lesión sea de ambos hemisferios, como sucede en la parálisis pseudobulbar de origen cerebral, para que los núcleos bulbares se encuentren perturbados en su función simplemente motora, independiente de que el fin del movimiento sea la palabra, pues sólo debe considerarse como disartria el trastorne lesional ó funcional de la neurona motora periférica ó del músculo que interviene en la pronunciación.

De los numerosos casos de afasia subcortical que hemos tenido ocasión de observar, en uno sólo pudo ir seguida la observación del examen necrópsico, y éste confirmó el diagnóstico descubriendo un foco hemorrágico antiguo en la cápsula interna y ninguna lesión cortical.

Para hacer el diagnóstico de afasia subcortical nos parecen de escasísimo valor los datos que de la afasia en sí podamos obtener, pues la prueba de Proust-Lichtheim y la concurrencia de la agrafia son muy inseguras y hace falta para valorarlos de un grado de cultura en los enfermos que no siempre encontramos; y la falta de ataques epileptiformes no significa nada en caso negativo, mientras su existencia puede tener valor para considerar la lesión como cortical. Hay que atender, pues, en primer lugar, á los hechos que al principio referíamos de la evolución de la afasia comparada con la de la hemiplegia al conjunto del síndrome, que en todo caso es la guía más segura para el diagnóstico. Cuando diagnostiquemos una hemorragia, la afasia casi seguramente será subcortical, pues las lesiones corticales son con más frecuencia trastornos circulatorios pasajeros ó focos de reblandecimiento más circunscritos, debidos á las trombosis pequeñas á que da lugar la arteritis.— J. Irueste.

II CONGRESO ESPAÑOL DE CIRUGÍA

Celebrado en Madrid del 11 al 16 de Mayo de 1908.

(Continuación)

La radiografía para el diagnóstico de sitio en las intervenciones en el tórax.—El Dr. Ribera: Se trata de un procedimiento excepcional, inútil en la mayoría de los casos, pero cuando hay que recurrir á él presta considerables servicios. Ni en los quistes hidatídicos intrapleurales, ni intrapul-

monales, ni en las pleuresías supuradas, ha tenido que recurrir á dicho medio diagnótico, por bastarle los datos suministrados por la percusión y auscultación para localizar el sitio de la afección, por lo cual es muy corto el número de casos en que lo ha empleado.

Cita las siguientes observaciones:

1.ª Afección pleuropulmonal: radiografía, resección de cuarta y quinta costillas. Desagüe; curación.

2.ª Dudas de pleuresía enquistada: radiografía; resección de octava costilla; incisión de un absceso del pulmón; curación.

3.ª Herida por arma de fuego del tórax: radiografía; colgajo posterior para abrir el mediastínico posterior; no se pudo extraer la bala, pero sí desaguar la pleura; curación.

4.ª Herida por arma de fuego del tórax: radiografía; resección de dos costillas; curación.

5.ª Caverna enorme del pulmón izquierdo, consecutiva á una bronconeumonía, probablemente tuberculosa: radiografía; resección de la cuarta y quinta costillas; abertura extensa de la caverna; desagüe; curación.

Valor práctico de la esofagoscopia. — El Dr. Ernesto Botella (*Conclusiones*): 1.ª La esofagoscopia es indispensable para el diagnóstico exacto de las estenosis cicatriciales y en muchos casos de un valor inapreciable para su tratamiento.

2.ª Sólo á beneficio de la esofagoscopia podemos establecer el diagnóstico de los espasmos esofágicos.

3.ª La esofagoscopia es necesaria para establecer el diagnóstico de estrecheces cicatriciales ó por compresión y podrá proporcionarnos datos que, unidos á los de otros medios exploratorios, nos sirvan para averiguar su naturaleza.

4.ª Por la inspección directa de la lesión obtenida en el examen esofagoscópico podremos establecer de una manera precoz el diagnótico de cáncer del esófago.

5.ª La esofagoscopia, sin ser infalible en todos los casos, es el procedimiento más racional y de más valor que poseemos para la extracción de cuerpos extraños.

6.ª Son de tal importancia los datos suministrados por la radiografía, que ésta y la esofagoscopia deben marchar siempre juntas.

7.ª La esofagoscopia es innecesaria y muy peligrosa en el cáncer avanzado del esófago, y en el incipiente, una vez establecido el diagnóstico, no se repetirá el examen por acelerar el paso del tubo la marcha de la lesión.

8.ª En los casos de cuerpos extraños que hayan provocado esofagitis, el examen esofagoscópico se hará con gran prudencia y las maniobras que se intenten con gran dulzura, recurriendo á la esofagotomía tan pronto como nos demos cuenta de su ineficacia.

Algunas modificaciones en la técnica de la extirpación total de la laringe.— El Dr. E. Botella: La técnica empleada en dicha operación por el comunicante, es en síntesis la siguiente:

Primer tiempo. Fijación de la tráquea.

Previa desinfección del campo operatorio y anestesia local con inyección

hipodérmica de cocaína, adrenalina Clin. Se practica una incisión vertical desde el borde inferior del cricoides al hueco esternal.

Denudación de la tráquea por delante y á los lados, aprovechando todo el tejido celular peritraqueal que se pueda.

Sección de la tráquea al nivel del primer anillo traqueal, pasando dos fiadores á los lados de la sección de aquélla, comprendiendo el primer anillo.

Liberación de un centímetro ó centímetro y medio de tráquea para abocarse al ángulo inferior de la herida.

Se anula el hueco dejado por la tráquea, suturando con catgut el plano muscular (esternohiodeos y esternotiroideos), reforzando de este modo la pared fibromuscular de la tráquea.

Segundo tiempo. Extipación de la laringe.

Dos incisiones horizontales: la superior al nivel del hioides, la inferior por debajo del cricoides y que se extienda desde la parte media hasta el borde anterior del esternocleidomastoideo del lado donde existan los infartos ó se sospechen, reuniéndose en este punto por una vertical.

Disección del colgajo circunscrito que se reclina lateralmente.

Extirpación de ganglios.

Disección de la laringe por delante y lateralmente, teniendo cuidado al hacerlo de no romper la cicatriz que le separa de la tráquea.

Extirpación de la laringe de abajo arriba, aprovechando todo lo que se pueda de pared esofágica.

Resección de la pared faríngea, sutura con catgut, pasando una sonda por la nariz. Sutura de los planos musculares con catgut. Sutura de la piel con seda ó corchetes.

Las ventajas de la técnica que se acaban de describir, estriban: 1.ª, en que con ella queda asegurada la nutrición del primer anillo traqueal; 2.ª, que se anula el espacio infralaríngeo; suprimiéndose así un foco séptico; 3.ª, que se puede hacer la toilette ganglionar y la extirpacin laríngea, aprovechando la misma incisión; 4.ª, amplitud de campo operatorio; 5.ª, se aleja de la tráquea una posible causa de infección.

Trócar aspirador faríngeo.—El Dr. *Barajas* presenta un aparato que consta de un trócar de 25 centímetros de longitud por 7 de diámetro, ligeramente encurvado en su punta, con una llave de paso cerca de su pabellón, y un desagüe de la cánula del trócar, colocado antes de la llave. Lleva como adicionales una sonda de Nélaton de la misma longitud y calibre que la rama macho del trócar, sonda que le sustituye en momento oportuno, y una bomba aspirante con frasco receptor del líquido.

El objeto de este aparato es el siguiente: Uno de los momentos más angustiosos de la incisión del flemón retrofaríngeo es aquel en que, abierta la bolsa, el pus se precipita al exterior, invadiendo las primeras vías respiratorias, determinando ataques tan violentos de asfixia que, unidos muy frecuentemente á los síncopes descritos por Marfan, dependientes de la supresión rápida en el paquete vásculonervioso de la presión ejercida en el mismo por el pus del absceso, dejan el espíritu muy preocupado para nuevas intervenciones, aunque se eviten y combatan los accidentes apuntados por procedimientos diversos (respiración artificial, tracciones de la lengua, inversión de la cabeza péndula y el cuerpo elevado, etc.).

El uso del trócar descrito evita, con seguridad, tales contratiempos. El manejo es sencillo. Hecha la punción y retirado el vástago se cierra inmediatamente la llave, con lo cual, al precipitarse el líquido por el tubo del trócar, no encuentra más salida que por el desagüe. Si á su vez favorecemos la salida por la succión practicada por la bomba, extraeremos completamente el pus del absceso con la lentitud deseada, sin que una gota vaya por otro conducto que no sea el trócar, á la vez que podremos medir y recoger en el frasquito el pus para su análisis.

Vuelta la llave y abierta nuevamente la cánula del trócar, se coloca la sonda de Nélaton en el conducto de dicha cánula, llegando así el extremo de aquélla al interior del absceso, y pudiéndose hacer de este modo lavatorios del mismo con garantía de éxito.

Valor sintomático de la timpanización de la región hepática.—El Dr. *Ortiz de la Torre* dijo que en muy repetidos casos de heridas penetrantes de vientre sin lesiones viscerales que ha examinado el comunicante, no ha podido comprobar la existencia de sonoridad suprahepática, si á la perforación de la pared del abdomen no acompañaba herida visceral; en cambio, dicha sonoridad no faltaba cuando se ha tratado de perforaciones traumáticas de estómago é intestino; hasta tal punto considera de valor el tal signo, que él sólo le ha bastado para diagnosticar la lesión visceral y proceder en consecuencia.

En el cadáver ha realizado el siguiente experimento: Ha practicado una incisión en la región suprainguinal del lado izquierdo, interesando toda la pared abdominal, simulando una herida de navaja; la zona hepática permaneció con sonido macizo á la percusión; entonces, con una jeringuilla introducida por la herida abdominal, ha inyectado 10 centímetros cúbicos de aire é inmediatamente ha podido comprobar el cambio de sonoridad sobre el hígado, que se hizo timpánica. Indudablemente la simple abertura de la pared del vientre por heridas incisopunzantes, no permite la entrada de aire atmosférico, porque la presión intra-abdominal contiene las vísceras como válvula de dentro afuera, obturando la abertura, á menos que no se tratase de heridas extensísimas con evisceración, en que no podría realizarse este mecanismo. En las apendicitis este síntoma debe estimarse como significado de perforación ulcerativa del apéndice, aun cuando el resto del síndrome no parezca corresponder á este importante incidente.

Sería asimismo el signo más pronto y cierto de perforación intestinal en la fiebre tifoidea, utilísimo para el cirujano que pudiera atreverse á intervenir quirúrgicamente en este episodio de la enfermedad.

Cuerpo extraño enclavado en el corazón.—El Dr. *Ortiz de la Torre* dijo que en este caso el diagnóstico se estableció, aparte los escasos datos suministrados por el enfermo, en virtud de la grandísima ansiedad respiratoria, de la casi inmovilidad del inspiratorio del tórax, por la macidez casi absoluta que comprendía la mayor parte del lado izquierdo del pecho, por el aumento considerable de la zona maciza cardíaca y por la imposibilidad de llegar á notar, ni aun con fonendoscopio, los tonos cardíacos. El enfermo presentaba en el cuarto espacio intercostal, un poco por dentro de la línea mamilar, una herida de unos 2 centímetros, sin hemorragia. Acusaba vivísimo dolor de punzada, referido al apéndice xifoides.

La intervención consistió en levantar un colgajo de la pared torácica que comprendía unos 10 centímetros á partir del borde esternal izquierdo y otros tantos de altura, en la que se incluían la 4.ª, 5.ª y 6.ª costillas. Seccionados los cartílagos á un centímetro de la inserción esternal, se pudo fácilmente, fracturando con los dedos las tres costillas, abrir el colgajo hacia fuera después de coger los cabos de la mamaria interna. Separados la sangre y coágulos que llenaban la cavidad pleural, apareció el pulmón empujado hacia atrás y dentro y el pericardio abombado por la sangre contenida en él y que salía por un taladro situado en la parte alta del borde izquierdo. Agrandada la abertura con tijeras y separados los coágulos, apareció un trozo de cristal apoyado por su punta en el borde de la aurícula derecha.

Extraído ese fragmento y cuidadosamente limpia la cavidad pericardíaca, se procedió á la sutura del pericardio con catgut. El primer punto comprendió los bordes del pericardio y tejido superficial de la aurícula. Se suturó, luego de limpiar la cavidad pleural, el colgajo osteocarnoso en varios planos y sin desagüe.

El enfermo reaccionó ya en los últimos tiempos de la operación y presentó al quinto día un derrame pleurítico de alguna consideración, con disnea y temperatura de 38 á 39°, cuadro que fué cediendo á partir de una punción aspiradora, mediante la cual se extrajeron unos 700 gramos de líquido. Cicatrización completa á los nueve días.

El trozo de vidrio extraído tiene la forma de un triángulo de 34 milímetros en su lado mayor por 12 en el menor.

Estudio de la anestesia general, de la cloroformización y de sus accidentes y modo de evitarlos. — El Dr. *Lostan* (de Burgos), manifestó que la anestesia general es una función naturalmente provocada por agentes dotados de propiedades anestésicas generales.

En la función clorofórmica entran como factores el elemento anestésico (causa), con sus propiedades hipno-anestésicas el sujeto á cloroformizar (medio), con su peculiar resistencia que nos es siempre desconocida *à priori* y el trabajo anestésico ó anestesia (efecto).

La cloroformización no se exceptúa de la regla general; la presiden los mismos principios y la rigen las mismas leyes que á todas las demás funciones naturales. Como ellas, está sujeta igualmente al cálculo; sus fórmulas son sustancialmente las mismas, pues se derivan para todas las funciones naturales de la fórmula general de la *intensidad* y del *trabajo*. Los accidentes primitivos y los secundarios de la cloroformización son siempre consecuencia de un trabajo anestésico brusco ó excesivo. Actuando de un modo gradual y progresivo, mezclando los vapores de cloroformo con aire atmosférico ú otro vehículo respiratorio y no traspasando el límite marcado por Horsley (2 por 100), se evitan con seguridad los accidentes primitivos y secundarios de la cloroformización.

El único procedimiento para conseguirlo es la administración dosimétrica de vapores clorofórmicos, y será el medio más perfecto aquél que más suavemente los administre y con mayor exactitud los dosifique.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Paniculitis ó celulitis. — En la *Gaceta médica del Norte* publica el Dr. Ulacia el siguiente caso clínico:

«Una enferma de setenta y ocho años de edad, artrítica, algo arterioesclerosa y con antecedentes nerviosos, acusaba, entre sus muchos achaques, fuertes neuralgias, que comenzaron por la pierna izquierda en forma de ciática y ascendieron luego al tronco, haciéndose intercostales y extendiéndose al raquis con irradiaciones en forma de sensación de quemadura á lo largo del brazo derecho.

Se convino en que se le hiciera el masaje del tórax.

Al segundo día de practicarle se observa la existencia de ciertas durezas, que tenían su asiento en el tejido celular subcutáneo. Era la paniculitis ó celulitis que había descrito primeramente el profesor Salin, de Stokolmo, y que después estudió más extensamente el profesor sueco Kellberg.

¿Sería la paniculitis el origen de aquellas neuralgias?

Es muy posible que dicha enfermedad fuese la causa, si no absoluta, al menos coadyuvante de tan fuertes dolores.

De las noticias que le proporcionó el Sr. Frelin, encargado del masaje, tomadas de un artículo que publicó en Stokolmo el profesor Kellberg, pudo hacerle cargo, aunque no con muchos detalles, de dicha enfermedad.

Consiste ésta en una especie de inflamación del tejido adiposo subcutáneo. El primero que fijó su atención en ella y que ha hecho la descripción de la misma, es el profesor Salin, en Stokolmo. Esta enfermedad, ya bastante conocida en Suecia, no lo es aún en los demás países.

Es de indudable importancia para el médico conocerla, porque esto le evitará errores de diagnóstico. Los médicos que principalmente hacen el masaje, son los que suelen descubrir esta enfermedad. La literatura del masaje, tanto la sueca como la extranjera, no habla casi nada de este mal. El único médico que ha hecho, según Kellberg, una descripción detallada sobre la enfermedad dicha, es el profesor Josephson.

Las causas de la paniculitis son casi completamente desconocidas.

Se ha creído que tenía su origen en enfriamientos, causados por el uso de ropa ligera y desigual, y sobre todo en las mujeres por la exagerada compresión del corsé y frecuentes alumbramientos, etc.; pero esto son suposiciones solamente. Claro es, sin embargo, que el sexo juega en esta enfermedad su papel, pues se observa que la paniculitis es muchísimo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

La edad no es ningún obtáculo para la presentación de la enfermedad referida; pero se ha observado que los adultos son más propensos que los niños. La gordura y las neurosis tienen mucha influencia en este mal, pues casi todos los casos de paniculitis se han observado en las personas gordas y nerviosas. Nada tiene esto de extraño, pues es en la grasa donde se desarrolla dicho proceso patológico.

Más difícil es aclarar lo que de la neurosis existe en la paniculitis.

¿Es ésta dependiente del estado nervioso ó, por el contrario, es la neurosis consecuencia de la paniculitis?

Algunos indican que es una consecuencia de desórdenes en el sistema vasomotor, fácilmente explicables en las personas nerviosas.

Esta declaración no me parece de todos modos verdadera; más natural sería que, una persona molestada de paniculitis, viniese á ser nerviosa á consecuencia de los desarreglos acarreados por aquélla, que causa dolores que, no pudiendo explicárselos, cree ordinariamente que está atacada de una enfermedad grave interior; esto le intranquiliza y daña, por consiguiente, el sistema nervioso.

Al hacer el masaje del vientre en los casos en que está recomendado para enfermedades de la matriz, es cuando se ha descubierto la paniculitis.

Kellberg ha tenido ocasión de ver cómo masajistas sin experiencia, que no han comprendido la existencia de la paniculitis, han ejercido tan fuerte masaje en el vientre, que el tratamiento ha tenido que interrumpirse á consecuencia de fuertes dolores.

Se ha supuesto que esta es una enfermedad microbiana. La anatomía patológica es desconocida.

No ha sido aún verificado el reconocimiento histológico.

Es de suponer, sin embargo, que haya inflamación de las células adiposas y derrame seroso.

Síntomas.—Son muy vagas las indicaciones que de su mal hace el enfermo. Alguna que otra vez dice que es sencillamente un dolor lo que sufre, pero esto es raro. A menudo señala una indefinida sensación de peso, torpeza y cansancio con algunas otras molestias desagradables, difíciles de definir. A veces el enfermo no puede sufrir el peso de las ropas, tiene que quitárselas, especialmente cuando es la paniculitis del vientre. Cuando la paniculitis es vieja y, sobre todo, si está muy esparcida, viene ordinariamente acompañada de síntomas de debilidad nerviosa, como tristeza, angustia, etc.

Los sitios en donde generalmente se encuentra la paniculitis son:

Esparcido en diferentes partes del cuerpo y la llamaremos entonces paniculitis ordinaria. Entre las paniculitis locales, es la del vientre la que más se presenta. Es alrededor del ombligo donde se encuentra en los más de los casos, pero también en la región del epigastrio. El vientre puede hincharse y se dan casos frecuentes en que el enfermo, después de algunos tratamientos de masaje, viene á contar con alegría, que se ha adelgazado tanto, que es preciso hacer las ropas menores.

También se puede encontrar la paniculitis en los brazos, hombros, espalda y pecho. Encuéntrase á veces en los miembros inferiores, especialmente en la parte interna de los muslos y muy á menudo en las caderas. Hasta la piel de la cabeza puede ser asiento de paniculitis.

Como señal de ésta, existe dureza subcutánea, que puede ser muy variable. A veces la dureza es como de cartílago; pero también puede ser tan poco consistente, que apenas se diferencie del estado normal del panículo adiposo. Se puede conocer la paniculitis tomando un pliegue de la piel entre los dedos y oprimiéndolo con más ó menos fuerza.

Los dolores son también muy desiguales. Los sitios enfermos son á veces tan sensibles, que la menor compresión causa sufrimientos horribles. En otros casos son los sufrimientos menores, especialmente cuando la enfermedad es vieja. Verse libre de dolores no ocurre nunca y ellos son los que llevan al descubrimiento de esta enfermedad, que es de larga duración.

Puede seguir durante meses y años, y mientras tanto tiende á mejorarse ó empeorarse.

Más rara aparece la paniculitis en la forma aguda, viniendo de repente para desaparecer del mismo modo.

Es especialmente por el tacto como se descubre la existencia de la paniculitis y es, por consiguiente, de mucho valor orientarse bien en las palpaciones que se han de efectuar.

Con frecuencia se encuentra una miositis bajo la paniculitis. A causa de los dolores, los enfermos y el médico han llegado á sospechar la existencia de enfermedad en algún órgano interno, como el estómago, la vejiga, etc., y también pleuritis, neuralgias y otras afecciones, cuando en realidad no existe más que la paniculitis.

El edema es más blando que esta enfermedad y no causa dolor al tacto.

Los signos que por consiguiente pueden servir como base para diagnosticar, son los siguientes: existencia de la dureza al tacto; el dolor y la hinchazón.

Sin embargo, dicha enfermedad es, por lo que toca á la longevidad, sin peligro alguno. El pronóstico de la misma es bueno, especialmente porque tenemos en nuestras manos un remedio eminente para combatirla: el masaje.

Sin embargo, ocurren á menudo reincidencias, pero entonces se vuelve al tratamiento y se puede estar bastante seguro del buen éxito.

Explica después Kellberg la forma en que se debe hacer el masaje.

Dice que no hay que emplear demasiada fuerza en las primeras sesiones, pues aumentan los dolores. Se tiene que empezar con el masaje suave, que después se aumenta según lo soporte el enfermo. Sin este procedimiento de prevención se corre el riesgo de llegar á producir serios disturbios.

Si el sitio enfermo está ya demasiado dolorido, es mejor suspender el tratamiento hasta que desaparezcan los dolores.

Ocurre á menudo que se tiene que emplear el masaje enérgico, especialmente si hay que tratar una enfermedad vieja.

¿Se tiene que proseguir el tratamiento hasta que haya desaparecido la inflamación? No. A veces ocurre que las durezas son tan grandes, que es imposible hacerlas desaparecer. En tal caso se tiene uno que contentar con seguir el tratamiento tanto tiempo como sea necesario, hasta que el enfermo no acuse molestias». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Abril de 1908.

Frecuencia del ulcerocáncer gástrico. — El Dr. G. Hayem: Durante quince años han muerto en mi clínica 94 enfermos de cáncer gástrico. Del estudio de las piezas patológicas se deduce un hecho que creo digno de llamar la atención. Me refiero á la frecuencia del ulcerocáncer. De los 94 casos, 21 eran de ulcerocáncer, es decir, que la proporción es de 22'34 por 100. Puede decirse, por lo tanto, que el cáncer del estómago es una úlcera degenerada en más del 50 por 100 de los casos. El ulcerocáncer es siempre prepilórico. Se observa de preferencia en el hombre. De los 21 casos de mi estadística, sólo tres recayeron en mujeres. Su localización en la región más expuesta á los contactos prolongados y más ó menos violentos con los irritantes introducidos ó formados en el estómago, prueba el papel importante de la irritación local en el desarrollo del cáncer gástrico. Conviene advertir que de los 21 casos, sólo siete presentaron síntomas de la úlcera. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad latente muchas veces.

Distrofia articular debida al bacilo de la tuberculosis. — El Dr. *P. Delbet* refirió, en su nombre y en el del Dr. P. Cartier, el caso de una mujer de sesenta y un años, que padecía artropatía voluminosa de la rodilla derecha, análoga por sus caracteres á la rodilla tabética: derrame abundante, hernias múltiples de la sinovial, deformación de las superficies articulares. La afección datab de cuatro años y nada hacía sospechar que fuera tuberculosa. La inoculación de dos décimas de milígramo de tuberculina provocó una elevación térmica de más de 1 grado. La punción dió salida á 70 cent. cúb. de líquido, que resultó típicamente tuberculoso, según demostró el descubrimiento de los bacilos y la prueba de la inoculación positiva al conejillo de Indias. Es, por consiguiente, una prueba más en pro de las ideas del Dr. Poncet sobre las relaciones del reumatismo crónico con la tuberculosis. Merece citarse un punto de detalle: el líquido articular contenía más polinucleares que linfocitos, al contrario de lo que suele observarse en la tuberculosis de las serosas. Carecía de propiedades aglutinantes.

Blefarospasmo é inyecciones de alcohol en el punto de salida del nervio facial. — El Dr. *E. Valude*, fundándose en los casos que ha observado, considera la inyección de alcohol á 80°, adicionada de cocaína y de estovaína, como un medio excelente, simple é inofensivo, contra los espasmos faciales rebeldes á todo tratamiento. Es aplicable, no sólo á los espasmos simples, sino también á los tics dolorosos de la cara. En este caso la inyección debe hacerse también en el punto de salida del nervio facial. La

parálisis que sigue siempre á la inyección no debe tratarse, sea cual fuere su duración, siempre que no corra peligro la integridad de la córnea, es decir, cuando los párpados se cierran bien durante el sueño y no hay caída del párpado superior.

Acción del bicarbonato de sosa sobre la secreción gástrica. — El Dr. Linossier (en colaboración con el Dr. G. H. Lemoine). En 1893 expusimos el resultado de una serie de experimentos relativos á la acción de los alcalinos, en particular del bicarbonato sódico, sobre la digestión gástrica en el hombre. De estos experimentos sacamos las conclusiones siguientes:

El bicarbonato sódico es, á cualquiera dosis y sea cual fuese el momento de su administración, un excitante de la secreción gástrica. La acción excitante llega al máximum si el medicamento se administra algún tiempo antes de la comida. Cuando la dosis es pequeña, el aumento de ácido clorhídrico en el quimo es ligera y fugaz; cuando es mediana la proporción de ácido, es mayor, pero tardía; si es fuerte la energía secretoria de la mucosa, se agota luchando contra la alcalinidad, y aunque la secreción se activa, los alimentos abandonan el estómago sin que la cantidad de ácido clorhídrico llegue á su cifra normal. El bicarbonato sódico, administrado al principio de la comida, suspende la secreción de la pepsina.

En otro trabajo posterior, aunque sosteníamos nuestras primeras conclusiones, procuramos explicar la acción sedante que ejerce, al parecer, el bicarbonato de sosa sobre la secreción de ciertos hiperclorhídricos, y admitimos que los efectos paradógicos del medicamento eran efecto de una acción doble; acción excitante ejercida por la sal alcalina en contacto con las paredes gástricas y acción moderadora de la secreción consecutiva á la alcalinización de la sangre. La extracción de ácido clorhídrico libre de la sangre es, en efecto, para las células gástricas, un trabajo tanto más difícil cuanto más alcalina es la sangre.

Estas conclusiones no han sido aceptadas por todos los autores. Citaremos las opiniones de algunos. A. Robin y A. Mathieu admiten, con nosotros, que la acción del bicarbonato de sosa es siempre excitante. Pawlow y sus discípulos, Bickel, y con ellos varios autores alemanes, creen, por el contrario, que el bicarbonato de sosa es un moderador de la secreción. Reichmann dice que la única acción de este medicamento es la del agua en que está disuelto. Acción excitante, moderadora, nula; estas tres hipótesis no dejan sitio para una cuarta. Sin embargo, conviene que expongamos las opiniones que atribuyen al bicarbonato de sosa una acción diferente, según las condiciones en que es administrado.

a) Se ha dicho que la acción varía según la dosis. Desde las antiguas investigaciones de C. Bernard, se admite en general que las dosis pequeñas son excitantes de la secreción gástrica, y en cambio se atribuye á las dosis elevadas una acción moderadora; es la opinión más admitida hoy entre los médicos.

b) Otros creen que la acción del bicarbonato varía según el momento en que se administra. Para Gilbert es excitante cuando se administra antes de la comida y moderadora si se administra á la vez que los alimentos. La mayoría de los clínicos que atribuyen al bicarbonato de sosa una acción excitante ó moderadora á voluntad, han sintetizado su opinión en la fór-

mula siguiente: para conseguir la acción excitante, dosis pequeñas antes de la comida; para obtener un efecto moderador, dosis elevadas antes ó después de la comida. Deducimos de nuestros experimentos que cuando se quiere utilizar para la digestión el efecto excitante producido, es preciso administrar el medicamento antes de comer. Bickel admite, por el contrario, que el bicarbonato de sosa es excitante cuando se administra con los alimentos y moderador cuando se toma antes de la comida. Pawlow sostiene la misma opinión.

c) Finalmente, puede admitirse que la acción del bicarbonato sódico varía según el estado de la secreción gástrica. Muchos clínicos, siempre que se adapte el modo de administración á cada caso particular, consideran el medicamento como excitante en la hipoclorhídria y moderador en la hiperclorhídria, es decir, como útil siempre. Hayem, por el contrario, después de haber sostenido que el bicarbonato sódico acelera la secreción digestiva sin modificar la cantidad ni la calidad del jugo segregado, afirma hoy que este medicamento exagera siempre el tipo secretor morboso, es decir, que obra como excitante en la hiperclorhídria y como moderador en la hipoclorhídria.

Todas estas contradicciones se explican fácilmente por las condiciones defectuosas en que se han colocado la mayoría de los experimentadores. Hemos indicado las causas de error, que pueden resumirse así: Cuando se introduce el bicarbonato de sosa en el estómago, se producen dos cosas: 1.ª, alcalinización total ó parcial del contenido gástrico, *acción química;* 2.ª, excitación de las células glandulares, que origina la secreción exagerada del ácido clorhídrico, es la *acción fisiológica.* Esta excitación secretoria se revela, si la dosis de bicarbonato de sosa es conveniente, primero por la saturación de la alcalinidad, después por aumento progresivo de la acidez, que llega á superar á la ordinaria. Si en vez de hacer análisis cada treinta ó sesenta minutos, se practica sólo una exploración, pueden sacarse del mismo experimento tres conclusiones completamente distintas: 1.ª Si la exploración es prematura antes de que el jugo gástrico haya recobrado su acidez normal, se admitirá una acción moderadora. 2.ª Si la exploración en el momento en que se recobra es la acidez normal, se creerá en una acción nula. 3.ª Si la exploración es tardía, se observará la acción excitante, pero es preciso que la dosis de bicarbonato esté bien elegida, porque si es muy débil la excitación puede pasar inadvertida, y si es muy fuerte el esfuerzo secretorio impuesto á la mucosa para la saturación de una alcalinidad exagerada le atenúa, y el contenido del estómago puede ser poco ácido y hasta alcalino cuando franquea el píloro. Pero aun en este caso la excitación, aunque no es aparente, existe en realidad y sirve para saturar un quimo estomacal, alcalino en exceso.

Estas críticas no pueden oponerse á las investigaciones fisiológicas de Pawlow y sus discípulos ni á las de Bickel. En estas investigaciones se estudia la excitación producida sobre el estómago del perro con la provocada por un volumen igual de una disolución de bicarbonato de sosa. Con el agua pura se produce una pequeñísima secreción ácida; con el bicarbonato se ve fluir algo de moco. Estas condiciones experimentales son distintas de las que realiza la administración terapéutica del medicamento, porque

á la excitación producida por éste hay que sumar la que producen los alimentos. Según se deduce de mis experimentos practicados en condiciones nuevas, la sensibilidad de un estómago á la acción del bicarbonato de sosa está en razón inversa á la abundancia de la secreción en ácido clorhídrico.

De los experimentos practicados por Lönnquist se deduce que una disolución de bicarbonato sódico ingerida por la vía normal puede obrar de dos maneras opuestas: como excitante de la secreción gástrica á su paso por el estómago y como moderador por la fracción que pasa sin alterar al intestino. El profesor Bickel explica por esta doble acción nuestra divergencia de opiniones. Cuando el bicarbonato sódico, dice, es ingerido con los alimentos, permanece con ellos en el estómago y obra como excitante; pero si se administra á grandes dosis una hora antes de la comida, pasa directamente al intestino y obra como moderador. Tal es también la opinión de Pawlow. Es indudable que ocurriría así, si el píloro quedara abierto por completo durante y después de la administración del bicarbonato de sosa. El medicamento, al penetrar en cierto modo directamente en el intestino, ejercería sobre éste su acción moderadora, sin tener tiempo de obrar sobre la mucosa gástrica. Pero no sucede así. El bicarbonato queda retenido un tiempo variable en el estómago; es en él saturado en parte y sólo llega sin alterar una parte al intestino. La acción excitante y la moderadora son, por lo tanto, simultáneas. ¿Cuál de las dos predomina? No es imposible en absoluto que sea la primera, porque es más acentuada la segunda.

Por todas estas razones, sin negar la realidad de una acción moderadora de la secreción gástrica ejercida por el bicarbonato de sosa, en contacto con la mucosa intestinal, no creemos que pueda ser con frecuencia preponderante y mantenemos nuestras conclusiones primeras de que, en terapéutico, el bicarbonato de sosa obra siempre, sea cual fuere la dosis y el momento de la administración, como un excitante de la secreción estomacal.

El Dr. Lancereaux: Desearía que el Dr. Linossier dijera á qué dosis cree debe emplearse el bicarbonato de sosa y qué idea tiene de la administración de este medicamento, al fin de la comida.

El Dr. Linossier: La manera de formular el bicarbonato de sosa puede resumirse así:

Si se quiere utilizar la acción excitante, es necesario prescribirle antes de la comida. El primer efecto del medicamento es alcalinizar el contenido estomacal; bajo la influencia de la excitación provocada, la alcalinidad es saturada poco á poco y el contenido gástrico recobra su acidez primitiva, y por último, se hace más ácido. Si á un hiperclorhídrico se le hace ingerir el bicarbonato sódico durante la digestión, los alimentos pueden abandonar el estómago antes de que hayan recobrado la acidez normal. En este caso el medicamento perjudica al acto digestivo. Es indudable que debe procurarse ingerir los alimentos de modo que se encuentren aún en el estómago en el momento en que, bajo la influencia de la excitación medicamentosa combinada con la alimenticia, la acidez del contenido gástrico llegue al máximum. Para esto se necesita bastante tiempo, que he calculado en dos horas, para una dosis de medio gramo; de tres horas, para 1 gramo, y de cuatro, para 5 gramos.

¿Cuál es, pues, el mejor intervalo que debe mediar entre la ingestión

del bicarbonato de sosa y la comida? Las cifras que acabo de citar prueban que depende de la dosis; es muy corto para las dosis débiles, que pueden administrarse sin conveniente en el momento de la comida; para las dosis elevadas debe ser de una hora. Cuanto á la dosis más excitante, no es posible fijarla de una manera absoluta, porque la sensibilidad de un estómago á la acción del bicarbonato de sosa está en razón inversa á la abundancia de ácido clorhídrico que contiene el jugo gástrico; en mis experimentos he obtenido el máximum de acción excitante con 5 gramos administrados una hora antes de la comida; pero esta dosis es demasiado fuerte para los estómagos afectados de incapacidad secretoria muy acentuada; no consiguen saturar esta dosis de bicarbonato y es preciso administrar dosis mucho menores, á veces de 50 centígramos.

Si se trata de hiperclorhídricos en los que se quiere utilizar la acción saturadora del bicarbonato de sosa, evitando en lo posible su acción excitante, es preciso administrarle á dosis bastante elevadas y después de las comidas, y hasta bastante tiempo después de las comidas, para que los alimentos pasen al intestino antes de que el quimo gástrico recobre su acidez normal. Es un fenómeno curioso que el bicarbonato de sosa ejerza sobre los dolores tardíos de la digestión una acción analgésica notable, aun en los sujetos cuya secreción clorhídrica es casi nula.

Inútil es decir que no hago más que bosquejar el modo de prescribir este utilísimo medicamento, del que, con algo de habilidad, puede sacarse partido en las modalidades más diversas de los trastornos gástricos.

F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 8 de Mayo de 1908.

Amputación del pene.—El Dr. *Oscar Föderl* recomienda, para la amputación del pene, una incisión oval que, comenzando con una incisión media desde la incisión arqueada que se traza sobre la sínfisis para la extirpación de los ganglios, rodea al pene. Se diseca luego la piel de modo que pueda ser extirpado el pene, como un tumor cerrado con el cordón dorsal linfático y con su prolongación sobre la sínfisis y en continuidad con los grupos de ganglios inguinales. (Presenta pacientes y preparaciones).

El Dr. *Guillermo Latzko* opera los cánceres del clítoris y de la vulva por un procedimiento análogo y está muy satisfecho de los resultados obtenidos.

El Dr. *Federico Schauta* viene practicando hace años una operación parecida en los casos de cáncer de la vulva.

Laparatomía suprasinfisaria.—El Dr. *Latzko* presenta á un niño de pecho con una lesión del parietal izquierdo, producida por el promontorio de la pelvis aplanada y cuya conjugada verdadera tenía unos 8 centímetros de longitud. Cuando el parto ya llevaba veintidós horas, la temperatura era de 37°,5 y se vió que por la vía natural era dificilísimo salvar la vida del feto, se decidió el autor por la laparatomía suprasinfisaria de Fritz

Frank, de Colonia. Este autor pretende principalmente evitar la infección peritoneal, y para ello no abre el útero hasta haber cerrado definitivamente la cavidad peritoneal. Además de esto, la herida uterina tampoco mira hacia la cavidad abdominal.

Colocada la paciente con la pelvis elevada, se traza, por encima de la sínfisis, una incisión de 2 á 3 centímetros que interesa piel y músculos; se secciona transversalmente el peritoneo parietal por encima de la vejiga; se divide transversalmente el peritoneo laxo sobre el segmento inferior del útero; se cosen ambas hojas del peritoneo, de modo que se cierre por completo la cavidad peritoneal, se incinde transversalmente el segmento inferior del útero entre los bordes del peritoneo y se extrae el feto. Según se trate de un caso no infectado, infectado ó dudoso, así se cosen las heridas del útero y de la pared abdominal ó se procede al taponamiento del útero por la herida abdominal que se ha dejado abierta.

Proponiéndose el orador abrir el útero, no de un modo transperitoneal, sino extraperitoneal, procedió en la forma siguiente: Repleción de la vejiga con 150 cent. cúb. de líquido; incisión de la línea alba hasta el peritoneo; apartamiento de los músculos rectos; la vejiga, que aparece por encima de la sínfisis, se separa del cuello procediendo de derecha á izquierda y con instrumento no cortante y se desvía á la izquierda con un separador; con la desviación de la vejiga hacia abajo y del peritoneo laxo hacia arriba se tiene espacio suficiente para dividir longitudinalmente el cuello y el segmento inferior del útero. Una vez estraídos el feto y la placenta, se cose la herida uterina; abandonada la vejiga ocupa, espontáneamente, su sitio, y después de cerrada la herida abdominal, quedan restablecidas las condiciones anatómicas normales.

El Dr. *Carlos Augusto Herzfeld* recuerda que la indicación relativa de la operación cesárea es la salvación del feto, y que, por lo tanto, sólo está justificada á condición que sea lo menos peligrosa posible para la madre, de tal suerte que, si no hay seguridad de asepsia, es preferible una operación que ensanche la pelvis. Si ni aún esto es posible, queda la craneotomía como último refugio, porque no hay derecho á exponer la madre á grandes peligros por la salvación dudosa á veces del feto. Tales peligros no los sortea la operación de Frank, que si aleja los de la infección peritoneal, á partir del útero, en cambio expone al de la inflamación del tejido celular, á partir del mismo foco de infección. Además de esto, en el caso de útero no aséptico, ó quizá infectado, el peligro de abrirlo es tanto mayor para los tejidos inmediatos cuanto más abajo se practique dicha apertura. Esta apertura y la cicatriz consecutiva, tienen también sus inconvenientes para los partos ulteriores, puesto que en las pelvis estrechas la dilatación del segmento inferior del útero es muy rápida. En cambio con la operación cesárea conservadora la cicatriz no expone á tales contingencias en partos sucesivos.

El Dr. *Latzko* dice que no ha pretendido comparar la laparatomía suprasinfisaria con la perforación del feto vivo en los casos infectados, sino con la operación cesárea clásica y las operaciones dilatadoras de la pelvis. Supuesta la posibilidad de una asepsia rigurosa, tiene razón de ser su procedimiento. Respecto al peligro de que se infecte un tejido celular con

desagüe, es mucho menor que cuando se trata de la cavidad peritoneal abierta, y cuanto al riesgo de una sutura uterina en partos sucesivos, los resultados de la operación cesárea vaginal demuestran que podemos estar bastante tranquilos en este respecto.

El Dr. *Schauta* sigue opinando que importa muchísimo más la vida de la madre que la del hijo; pero con la pubiotomía ó la hebosteotomía podemos reducir cada vez más los casos de perforación del feto vivo. Sin embargo, cuando la mujer está infectada son tan peligrosas lo mismo la operación cesárea que la hebosteotomía, que no es cosa de practicarlas sólo por salvar al niño. No tiene experiencia respecto á los diferentes métodos de operación cesárea extraperitoneal, porque no es muy partidario de operar en el segmento inferior del útero á causa de su delgadez, gran vascularización y peligro de infección. Entiende que no pueden compararse la operación cesárea extraperitoneal y la operación cesárea vaginal, puesto que en esta última sólo se divide el cuello longitudinalmente en su pared anterior, penetrando la incisión en el segmento inferior del útero nada más que algunos milímetros, y en cambio en la operación cesárea extraperitoneal la incisión tiene que interesar casi exclusivamente dicho segmento inferior.

El Dr. *Latzko* hace notar que no es cierto que en la operación extraperitoneal interese el corte al segmento inferior en mayor extensión que en la operación vaginal. La incisión divide la pared anterior del cuello en la línea media y hacia abajo, si se desea llegar hasta la vagina para poder establecer el desagüe de la cavidad de Retzius, como conviene hacerlo en los casos en que no hay seguridad de asepsia. El autor insiste en que no aconseja su método para los casos notoriamente infectados.

El Dr. *Schauta* insiste en que en la operación cesárea extraperitoneal está mucho más expuesto á infección el tejido celular pelviano que con la hebosteotomía, sobre todo porque en el método extraperitoneal la operación cesárea hace que el tejido celular pelviano venga á ponerse en contacto con el contenido del conducto uterovaginal, con lo cual es inevitable una infección si el contenido de dicho conducto está infectado. Y respecto á la cicatriz que queda en el segmento inferior del útero, no cree que deja de tener sus inconvenientes en partos ulteriores.

El Dr. *Latzko* dice que sólo en casos muy extremos habrá de producirse la rotura de una cicatriz cervical media y extraperitoneal.

Lipoma arborescente de la rodilla.—El Dr. *O. E. Schulz* (como invitado), presenta á una muchacha de diecinueve años en la que, después de insuflar la rodilla con oxígeno por el procedimiento de Werudorff-Robinsohn, se ve con los rayos Röntgen que, á partir del ligamento rotuliano elevado, se extiende contra la articulación y por debajo de la rótula, una sombra del grosor de una falangeta, la cual sobresale más claramente en aquellos puntos en que coincide con la sombra de los cóndilos del femur. Esta sombra la interpreta el autor como un lipoma arborescente de la rodilla.

Respecto al tratamiento, puede pensarse en un tratamiento conservador y en las inyecciones de alcohol; pero en el caso actual, como la afección ya tiene dos años de fecha, será preferible abrir la articulación y extirpar el lipoma mediante una incisión parapatelar, como la que practica Büdinger para la extirpación de artrofitos.

Anastomosis del nervio hipogloso con el facial.—El Dr. *Fernando Alt* presenta á una muchacha de nueve años en la que, para corregir una parálisis facial derecha, consecutiva á una necrosis de todo el laberinto, estableció hace unos dos años una anastomosis entre el nervio hipogloso y el facial. Hace dos años se practicó la operación radical de las cavidades del oído medio, extrayendo como un secuestro todo el laberinto óseo. Inmediatamente después de la operación, parálisis completa del facial, porque con el secuestro se había resecado una parte de éste. Antes de la operación sólo había una ligera paresia del facial en todas sus ramas. El orador discute la técnica de la operación y hace ver en la niña el muy favorable resultado obtenido con la intervención referida.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Cáncer del pene.—El cáncer del pene es una afección relativamente rara porque sólo representa el 1 al 3 por 100 de los cánceres en general. Según el Dr. J. D. Barney, cuyo trabajo, publicado en los *Annals of Surgery*, se funda en 100 observaciones, el cáncer del pene es más frecuente entre los cincuenta y los setenta años. El estado social y la herencia tienen poca importancia en su etiología.

La forma en coliflor fué la más común en dichos casos é iba de ordinario acompañada de ulceraciones de bordes duros. Había siempre flujo hemorrágico y purulento. Los ganglios inguinales estaban infartados en el 75 por 100 de los casos, y casi siempre en un solo lado. En el 60 por 100 de los enfermos eran neoplásicos y en los restantes había sólo hipertrofia inflamatoria simple. En algunos casos estaban infartados los ganglios ilíacos, y en cambio los inguinales se hallaban sanos. En el 15 por 100 de los enfermos había metastasis en los órganos abdominales y torácicos. Transcurrieron generalmente de uno á tres años entre el primer síntoma observado y la operación, lo que nada tiene de particular porque la enfermedad no se revela al principio por fenómeno alguno alarmante, y además no es fácil siempre descubrir un tumor de pequeño volumen oculto por un fimosis congénito.

Jamás hubo recidiva después de las operaciones radicales. Con las parciales, amputación simple, circuncisión con excisión, hubo recidiva en el 6 por 100 de los casos entre el tercero y el cuarto año, y en el 12 por 100 después del quinto. En los 26 casos de recidiva, en los que se practicó una nueva intervención, hubo 11 curaciones definitivas, siendo la supervivencia de tres á cuatro años por término medio. De los otros 15 casos 5 murieron de afecciones no cancerosas, y 10 de cáncer á los cuatro años poco más ó menos de la última operación. Entre los 74 casos restantes, 27 enfermos sobrevivieron cinco años y más después de la operación y murieron de enfermedades no cancerosas. En estos 27 casos se practicó la operación siguiente: amputación, 20 casos; amputación con disección de la ingle,

5 casos; operación paliativa, 2 casos. En los 25 casos últimos los datos son insuficientes.

Conviene advertir que entre los 100 enfermos ni uno sólo era israelita y que el 85 por 100 tenían fimosis. Barney deduce de sus casos que la circuncisión se impone en el adulto, siempre que no es posible dejar por completo y fácilmente al descubierto el glande. Como la única probabilidad de curar el cáncer es hacer pronto el diagnóstico y el carcinoma del pene no se revela por signo alguno importante, debe desconfiarse siempre que haya flujo subprepucial, aunque no se descubra infarto ganglionar.

El pronóstico es más benigno cuando no hay infarto de los ganglios inguinales, aunque no debe olvidarse que en ocasiones se hallan en estado normal y los pelvianos infartados, razón por la que debe practicarse siempre el tacto rectal.

Cree Barney que la operación preferible debe ser la amputación del pene con extirpación de los ganglios inguinales; pero, á su juicio, la emasculación total no da más probabilidades de curación.

(*Archives generales de Chirurgie*).—F. Toledo.

Apendicitis simulando una afección de la cadera ó una neuralgia ciática.—El Dr. Torrance Rugh refiere el caso de una joven que padecía de cojera intermitente sin presentar ningún trastorno digestivo. Se diagnosticó una afección de la cadera, que fué tratada sin ningún resultado con un procedimiento ortopédico. Entonces se dirigió la atención hacia el apéndice y se vió que estaba inflamado. Una vez extirpado el apéndice, que albergaba un coprolito, la muchacha se curó por completo.

En otro caso existían unos dolores de ciática tan violentos, que se fueron empleando sucesivamente la distensión cruenta, la inyección de ácido ósmico y otros procedimientos de tratamiento de la ciática, pero todos ellos sin éxito. Recordando lo sucedido en el caso anterior y las indigestiones frecuentes que padecía este enfermo, diagnosticó el autor apendicitis crónica con dolores irradiados á los plexos lumbar y ciático. En la operación, que también fué eficaz y seguida de un curso post operatorio sin nada de reacción, se encontró el apéndice con una dilatación quística y con adherencias.

Por último, en otros dos casos, también de dolores violentos que interesaban á todo el trayecto del ciático, cesaron con la extirpación del apéndice.—(*Therap. Gazette*).— R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

(Continuación).

Si es esto cierto refiriéndose á la nefritis aguda, no lo es menos aplicado á la enfermedad de Bright, y tan magistralmente trata esta cuestión el profesor Pousson, que no podemos por menos que dejarle hablar, pues de lo contrario nuestras palabras no serían sino una glosa imperfecta de las suyas.

«A decir verdad, escribe el eminente profesor de la Facultad de Burdeos, la existencia de un glaucoma renal que se comprende bien cuando se trata de una inflamación aguda ó subaguda del riñón, como en los casos en que intervino primeramente Harrison, es más difícil de concebir en los casos de inflamación crónica. Creo, sin embargo, que puede continuarse la comparación aun en el período de estado del mal de Bright. En efecto, cualquiera que sea la causa primera de las nefritis crónica, ya comiencen siguiendo su origen patogénico por la inflamación ó la degeneración de los epitelios como en el grueso riñón blando, ó por las alteraciones ateromatosas de los vasos y esclerosas del tejido intersticial y de la cápsula como en el riñón pequeño contraído, ó, en fin, simultáneamente por las lesiones epiteliales, vasculares y conjuntivas, como en las nefritis mixtas, no puede desconocerse que á la perturbación orgánica primitiva de los diversos elementos constitutivos del riñón viene á unirse un factor mecánico que repercute desgracia-

damente sobre la vitalidad de los epitelios, disminuyendo sus medios de resistencia vital. Este factor consiste en la hipertensión intrarrenal, resultante en las nefritis parenquimatosas del aumento de volumen del tejido renal en vías de proliferación activa en el seno de su cápsula inextensible y en las nefritis intersticiales de la retracción de su cápsula propia y del estroma conjuntivo. Por esta causa son fuertemente comprimidos, como en el glaucoma crónico, los vasos y los nervios del riñón, encontrándose, por lo tanto, profundamente modificados su régimeu circulatorio y su inervación. En tales condiciones, si el órgano secretor de las orinas puede aún cumplir su papel depurador, en tanto que nada venga á modificar circulación tan precaria, flaquea en sus funciones al menor incidente susceptible de alterarla. Así es como se explican los efectos de las congestiones súbitas, que bajo la influencia del frío ó de cualquiera otra causa se traducen por una disminución y una alteración de la secreción urinaria, al mismo tiempo que estallan los accidentes, algunas veces fulminantes de la uremia».

Pero no todo es hipertensión en las enfermedades inflamatorias del riñón, y si es cierta la concepción de Harrison y Pousson, también lo es la de Edebohls, para el cual la hipertensión renal es un factor secundario, dependiendo casi todos los trastornos de la insuficiencia de irrigación del parénquima.

Para asegurar esta irrigación es para lo que el cirujano norteamericano practica la decorticación ó despojo del riñón de su cápsula fibrosa.

En efecto, esta cápsula forma una barrera infranqueable para los vasos que serpean en la cápsula grasosa, de suerte que hasta en aquellas perinefritis que rodean estrechamente el riñón, se ven las arterias, por voluminosas y abundantes que sean, detenerse siempre en la superficie de la víscera, no penetrando nunca en su tejido. Pero cuando el riñón se ve libre de esta capa aisladora, los vasos de nueva formación desarrollados en las adherencias cicatriciales que le unen á su atmósfera grasosa, se ramifican hasta en las profundidades de su parénquima.

Se ha combatido la operación de Edebohls, diciendo que este efecto de la decorticación duraba tanto como la reconstitución y formación de una segunda y nueva cápsula; pero el hecho es que así como la nefrotomía obra casi instantáneamente, «como si se hubiera abierto el grifo de las orinas», según la expresión del mismo Pousson, el efecto de la decapsulación tarda en establecerse,

pero es seguro se constituye, es verdad, no una nueva cápsula fibrosa y vascular, sino una cubierta más laxa y provista de numerosos vasos comunicantes con los del parénquima renal.

Prueba de lo que acabamos de decir sobre la interpretación fisiológica de la operación de Edebohls, son las experiencias de Claude y Balthazar en el perro y en el conejo, pruebas de fisiología de laboratorio, de que vamos á ocuparnos ahora mismo.

Claude y Balthazar, guiados por las observaciones que pudieron hacer en las nefropexias, en las cuales se hizo la descorticación, emprendieron una serie de experiencias con objeto de estudiar las modificaciones urinarias que la decapsulación origina en el animal sano y en el enfermo, viendo si era posible provocar, por medio de adherencias parietales ó epiplóicas desarrolladas en la superficie del órgano, la aparición de vasos de nueva formación, con los cuales se crearían nuevas vías circulatorias, facilitando la reabsorción de los edemas intestinales del riñón por la abertura de nuevas vías linfáticas.

Parte de estas observaciones fueron comunicadas por Claude y Balthazar á la Sociedad de Biología el 1.° de marzo de 1902, y publicadas en mayo del mismo año en el *Journal de Physiologie et Pathologie general.* Por el estudio crioscópico de la orina en los días siguientes á la decapsulación en el animal normal, vieron que la eliminación urinaria no sufría modificación alguna después de la operación.

Pero las variaciones de los valores $\frac{\Delta V}{P}$ y $\frac{\Delta}{\varepsilon}$ mostraron que la excisión de la cápsula determina un retardo circulatorio que permite eliminaciones tan abundantes como antes de la operación, pero con un esfuerzo cardíaco menor. En resumen, el resultado fué un mejor funcionamiento del filtro renal con menor tensión circulatoria.

Podía pensarse, como dicen Claude y Balthazar, que los resultados obtenidos se habían logrado gracias á la exacerbación del funcionamiento del otro riñón provocada por vía refleja; pero los resultados obtenidos fueron idénticos en un caso en que el riñón no operado era hidronefrósico, y por tanto nulo bajo el punto de vista funcional, é igual ocurrió en otro caso en que se operaron los dos riñones.

Veamos cuáles son las modificaciones de la orina en los casos de nefritis experimental. En las acompañadas de insuficiencia renal

el examen crioscópico puso de manifiesto una disminución de los cambios moleculares caracterizados por los valores relativamente muy elevados de Δ. Es lógico pensar que la decapsulación que disminuye ya este valor Δ en el animal normal, hará lo mismo en el patológico, en el cual la disminución de la actividad funcional de los elementos anatómicos no revela sino fenómenos mecánicos (compresión, hipertensión) pasajeros.

En cuanto á la duración de los resultados obtenidos, los autores aseguran que la cápsula se regenera al cabo de algunas semanas después de la operación, siendo esta cápsula mucho más delgada que la antigua, no disminuyendo después los resultados obtenidos con la operación, es más, en cuanto el riñón se ve libre de la cubierta que le aprisionaba, aumenta de volumen, experimentando una hipertrofia compensadora.

Claude y Balthazar observaron que los riñones decorticados se envolvían en adherencias que les unía á la ganga fibro-adiposa ó al peritoneo, asegurándose una vascularización nueva tomada á los tejidos inmediatos. Por esta razón los autores pensaron en la utilidad de envolver el riñón en una porción de epiplón, el cual, gracias á su rica vascularización, produciría una corriente circulatoria activa á nivel de la capa cortical del riñón. Sus adherencias favorecían el desarrollo de vasos de nueva formación. Estos aparecen, ya bajo la forma de lagunas de tamaño variable llenas de sangre y que parecen comunicar con los vasos del riñón como con los de las adherencias periféricas, ya bajo el aspecto de verdaderos capilares que recorren las adherencias y penetran en el propio tejido renal.

La constitución de las adherencias está, sin embargo, sometida á grandes variaciones. En algunos casos el riñón está adherido en toda su extensión y las comunicaciones vasculares son numerosas, pero en otros la mayor parte del riñón decorticado está libre y sin encontrar adherencias, cosa que no ocurre cuando se tiene la precaución de rodear el riñón de una cubierta epiplóica y de fijarla á la pared, en cuyo caso se forman adherencias vasculares extensas capaces de enviar al parénquima renal vasos de grueso calibre que aseguran el riego de las partes profundas. Estas creencias han sido plenamente confirmadas por las experiencias de Georges Gay y Bassan, los cuales inyectando gelatina coloreada por la aorta después de ligar la arteria del riñón decapsulado, lograron ver inyectados un cierto número de vasos en los cuales la gelatina no pudo

penetrar sino por las anastomosis neoformadas entre el riñón y la ganga celulo adiposa. En la periferia de la substancia cortical comprobaron la existencia de lagunas semejantes á las descritas por Claude y Balthazar, pudiendo seguir las arterias y los capilares inyectados hasta la vecindad medular, lo que parece indicar la existencia de anastomosis de los vasos neoformados con las arterias eferentes.

Por todo esto, queda favorecida la circulación á nivel de la parte segregante del riñón, al mismo tiempo que se descongestiona el parénquima estrangulado y edematizado bajo su cubierta conjuntiva.

Los efectos lejanos no son menores, pues al establecerse una circulación complementaria por medio de las adherencias periféricas, se obtiene una mejor nutrición y un riego más perfecto de los epitelios, y por tanto, una más fácil depleción del sistema venoso y linfático.

Complemento de las experiencias de Claude y Balthazar, son las de Rovighi, publicadas en noviembre de 1904 en la *Clínica Médica*, y en cuyo trabajo da cuenta de los resultados de una serie de investigaciones experimentales practicadas para juzgar la utilidad de la decorticación renal en el tratamiento de la nefritis aguda. Este autor ha provocado nefritis experimentales, en el conejo, por inyecciones de cantaridina y de toxina diftérica, obteniendo los resultados siguientes :

1.° Próximamente un mes después de la decorticación de un riñón, se observa la reproducción de la cápsula fibrosa con neoformación de bridas conjuntivas, en cuyo interior hay nuevos vasos sanguíneos que aumentan la circulación en el riñón operado.

2.° Todos los conejos en los que se provoca una nefritis por la cantaridina, y en los cuales se practicaron escarificaciones del riñón ó una nefrotomía unilateral, curaron.

Por el contrario, la mortalidad en los otros conejos, á los que se hicieron las mismas inyecciones de cantaridina, pero á los que no se trató, fué de 50 por 100.

3.° En la nefritis experimental por la toxina diftérica, la decorticación unilateral ó bilateral del riñón salvó de la muerte al 50 por 100 de los conejos, en los cuales se provocó la nefritis por esta toxina; por el contrario, las escarificaciones bilaterales de los riñones no ejercieron eficacia alguna.

4.° La mortalidad de los conejos testigos, en los que se provocó la nefritis con la toxina diftérica, fué de 100 por 100.

5.° Los efectos de la decorticación del riñón son los siguientes: aumento de la diuresis, desaparición progresiva de la albúmina y de los cilindros en las orinas, y desaparición de las lesiones treinta ó treinta y cinco días después de la operación, efectos confirmados por el examen histológico de los riñones.

6.° El reflejo renorrenal explica la bienhechora influencia de la decorticación de un riñón con nefritis sobre el otro riñón enfermo.

Por último, el autor, después de una serie de consideraciones críticas y de interpretaciones de los diferentes resultados, concluye diciendo que «en la nefritis aguda, cuando el médico está convencido de que los otros medios terapéuticos son ineficaces, se debe intervenir rápidamente y practicar la decorticación renal».

Antes de abordar el estudio particular de cada una de las indicaciones de la decorticación renal, nos parece útil el reseñar brevemente la técnica de la operación que nos ocupa.

Se inicia, como todas las intervenciones, sobre el riñón, por la *lumbotomía* ó incisión de la pared lumbar, comenzando por el lado derecho, por ser ordinariamente el riñón correspondiente el más gravemente afectado; según la intensidad de la lesión y la urgencia mayor ó menor de los síntomas generales, se decapsulan en la misma sesión los dos riñones, se decortican en sesiones sucesivas, ó se limita la operación de Edebohls á un sólo lado, si ceden todos los síntomas después de esta intervención unilateral.

Para practicar la lumbotomía se debe preferir la incisión de Guyon, cuyos puntos de partida son: el borde externo de la masa sacrolumbar, la última costilla y la cresta ilíaca. Con las medidas y las precauciones que en cualquier Tratado de medicina operatoria encontraréis, trazáis la incisión que irá interesando sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, músculo gran dorsal y oblicuo mayor, serrato posterior, inferior y oblicuo menor, aponeurosis del transverso y lámina de Zucherkandl.

Ya el riñón á la vista, se le separa mediante los dedos de su atmósfera celulosa, la cual se sujeta con varias pinzas en forma de corazón, y mediante algunas tracciones se lleva hacia la superficie cutánea de la incisión, en la cual aparece al fin en compañía del riñón.

Ya extraído éste, se despega toda su superficie de la cápsula grasosa, que se procura eliminar, valiéndose para ello, á ser posible, siempre de los dedos, única manera de disminuir al minimum la hemorragia.

Después de resecada la cápsula célulograsosa, se practica con bisturí una incisión que, siguiendo el borde convexo del riñón, no interese más que la tenue cápsula fibrosa. Se pasan tres hilos de catgut á través del riñón, como si se tratara de una nefropexia, y se va desprendiendo y resecando con mucho cuidado la cápsula en toda la superficie renal, excepto en dos cuadrados laterales, en los cuales quedan incluídas las hebras de catgut, procedimiento que emplea mi querido maestro el Dr. Suárez de Mendoza para dar más resistencia al parénquima renal, é impedir su desgarramiento al anudar las hebras.

Ya bien decorticado el riñón, se baña su superficie con un poco de agua oxigenada, se reintegra el riñón á su celda, se atan las hebras de catgut grueso á la última costilla y á las masas musculo-aponeuróticas del labio interno y externo de la incisión, respectivamente. La operación se termina con la sutura de la pared lumbar, que se hace siguiendo las reglas generales á toda esta clase de intervenciones.

Como se ve, la operación es muy benigna, es muy breve, á no ser que la cápsula fibrosa se encuentre muy adherida al parénquima renal por la existencia de perinefritis, y su mortalidad es escasa y cada vez más reducida, según veremos, al hacer más adelante su estadística.

Las indicaciones de la decorticación renal que en un principio se limitaron á los casos de nefritis, han aumentado en la actualidad, y esta intervención operatoria, merced á su mortalidad escasa, se va empleando cada vez más y á veces en casos en que sus indicaciones no son todo lo claras que fueran de desear.

Donde la aplicación de la decorticación renal es hoy casi indiscutible, es en las nefritis, y para mejor estudiar sus indicaciones en esta clase de enfermedades, nos ocuparemos primeramente de la resección capsular en las nefritis agudas, ascendentes ó descendentes, y después en las nefritis crónicas, sean de origen circulatorio ó de origen uretral, vesical, etc., única manera de deslindar bien y diferenciar las indicaciones que tan distintas son en ambos procesos, en las cuales son también los resultados muy desemejantes.

En la nefritis aguda parece no estar consagrada por todos los autores la intervención quirúrgica, pues así como están conformes al asegurar que en las nefritis crónicas ni aun se debe aguardar el fracaso é ineficacia de los recursos médicos, en cambio en lo refe-

rente á las nefritis agudas hacen mil reservas y no llegan á pronunciarse por la intervención quirúrgica, sino cuando fracasan en absoluto todas las medicaciones apropiadas al caso, es decir, considerando el acto operatorio como *ultimo ratio*, siendo éste acaso el motivo de que no se logre todo el efecto deseado.

La nefritis aguda, dicen, no necesita intervención quirúrgica si su evolución se hace normalmente. Pero si los edemas persisten, si la hipertensión arterial y los trastornos funcionales indican que el riñón ya no es permeable y la disnea no cede al régimen lácteo, se debe operar. Es difícil, por lo tanto, precisar el momento en que se debe intervenir. Ciertas nefritis tienen una marcha muy rápida desde un principio, y los enfermos son víctimas de un edema agudo del pulmón, que hará rechazar la terapéutica de expectación. Otros, por el contrario, son menos violentos, y en ellos la albuminuria y el edema persisten varios meses para desaparecer después. No es posible establecer regla fija. Pero es necesario operar en el momento preciso en que se comprende que bajo la influencia de las sangrías y del régimen, el riñón no llegará á recuperar su permeabilidad perdida.

En la Sociedad Médica de los hospitales, los Dres. Dufour y Fortineau discutieron ampliamente, y con casos prácticos en su apoyo, la indicación operatoria en las nefritis agudas, considerando muy difícil la elección, pues en los casos de nefritis aguda la persistencia de algunos síntomas hace temer un desenlace fatal si médica ó quirúrgicamente no nos hacemos en seguida dueños de la situación. Pero, ¿en qué bases apoyarnos para recurrir al acto operatorio? ¿Qué indicios permiten tomar una determinación, ó mejor dicho, hay formas de nefritis agudas más justificables que otras de tratamiento operatorio?

Según los precitados autores no hay necesidad de operar todas las nefritis agudas, porque muchas curan médicamente, pero en otros casos es indispnsable la intervención quirúrgica.

En resumen: la terapéutica quirúrgica de las nefritis agudas no está aún bien establecida sobre bases bastante sólidas, para que pueda considerársela como un recurso poderoso que oponer á la impotencia médica, no pudiendo decir más que deben operarse aquellas nefritis agudas en que predominan los fenómenos de diapedesis, pues la diapedesis intensa es siempre el primer estadio de los procesos inflamatorios sobreagudos, cuyo final posible es la supuración.

El mismo caos que reina para afirmar la terapéutica quirúrgica de las nefritis agudas, en contra de la terapéutica médica, la cual aún está muy lejos de ser rechazada en las inflamaciones agudas, existe para decidir la clase de intervención operatoria, pudiendo afirmar, sin embargo, que en vista de las minuciosas observaciones publicadas, en esta clase de nefritis la decapsulación lleva la peor parte, gozando del favor de los cirujanos la nefrotomía.

(Continuará).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. La fiebre estival ó fiebre del cáñamo. — II. La malaria equina (piroplasmosis). — III. Mutualidades maternales. — IV. La lucha contra la fiebre amarilla. — V. Bacteriología del reumatismo. — VI. Esporotricosis experimentales generalizadas.

I. Hace algunos años ha sido descrita en Bolonia una *fiebre estival*, así denominada por suponerla exclusiva del verano, y que después se ha observado en todas las estaciones por G. Mendini (*Intorno ad alcune febbri estivale o febbri da canape. Soc. med.-chir. di Bologna*, 1907), de cuyo trabajo tomo lo que va á continuación.

Ataca á toda clase de personas, pero de preferencia á los jóvenes, á los que trabajan al aire libre y á los hombres en general, si bien en las urbes invade por igual á los dos sexos. El número de atacados es grande (de 547 á 1.777 por 4.000 soldados desde 1889 á 1893), y no es fácil contarlos, pues son muchas las formas ligeras que no obligan á guardar cama ni á llamar al médico.

Sin alteración previa, cuando más malestar vago y leves desórdenes gastrointestinales, aparece de pronto la fiebre, que suele llegar á 40°, y se acompaña de cefalea intensa, erupción cutánea generalizada (simple eritema difuso, á las veces escarlatinoso, ó urticaria) y fugaz (horas). La fiebre dura veinticuatro horas máximum. Hay dolor vivísimo, intolerable en las regiones dorsal y lumbar, coincidente con otro análogo en el epigastrio, semejante al de la úlcera redonda, vómitos, diarrea, á las veces faringo-amigdalitis. A los

tres ó cuatro días comienza la convalecencia, quedando largo tiempo anorexia muy rebelde y gran astenia. Si la enfermedad, por sí, no tiene importancia notable, la tiene, porque en poco plazo, una semana, por ejemplo, ataca á muchos individuos y puede producir graves contratiempos de familia y colectivos.

¿A qué se debe este singular padecimiento?

Muchos lo atribuyen á las exhalaciones que se desprenden en Bolonia durante el verano por secarse el canal del Reno para hacer su monda: *mal de la seca*, dice el pueblo. Se apoyan en que quedan al descubierto numerosos detritus orgánicos, y de aquí miasmas y fiebres infectivas; en que muchos atacados viven á lo largo del canal; en que aparece la fiebre en otros barrios cuando en éstos se limpian las acequias ó cloacas. Pero todo esto es una coincidencia, habiendo sido nulas las investigaciones bacteriológicas. Antes de poner en seco el canal se aumenta mucho la corriente para que limpie, y en puntos lejanos, al aire libre, aparece la fiebre.

Sforza (1896) creyó haber encontrado en la sangre un parásito redondo dotado de movimientos amiboideos, mas el hecho no se ha confirmado.

No se ha confirmado tampoco que el colibacilo, sólo ó en simbiosis, sea la causa, y á pesar del aspecto tifoideo, nada tiene que ver con la fiebre tifoidea, así como tampoco con las fiebres gástricas, fiebres sinocas, tifoideas abortadas, autointoxicaciones, nombres que han ido empleando varias generaciones de médicos. Estas son fiebres ligeras, que duran una, dos semanas ó más y se difunden con toda probabilidad con el agua ó con los alimentos, mientras que la fiebre estival es alta, dura uno ó dos días y se propaga probablemente por la atmósfera, pues la hay á la par en otras localidades: Bolonia, Castelfranco, Lugo, Faenza, Ferrara y otras.

Algunos la llaman *influenza estival* por su rápida difusión, breve curso y propagarse por la atmósfera.

Para Mendini es bien otra la causa de la enfermedad. La atribuye al cultivo del cáñamo, abundantísimo en esta región, y no á la maceración, que es inocente, á pesar de lo que han dicho Ramazzini (1713) de reputarla nociva y la generalidad de los médicos franceses, mientras que algunos italianos, sobre todo boloneses, como Zacchriroli, Piovene, Berti Pichat y Predieri (*Soc. méd.-chir. di Bolonia*, 1870), la conceptúan casi inofensiva; y el autor, de sus indagaciones, deduce que los gases, si bien pestilentes, no son patógenos, y que si el agua es tóxica y mata los peces, por el potente ve-

neno contenido en la corteza, como no se bebe no puede causar daño. En cambio, el cardar el cáñamo es nocivo, porque se desprende un polvillo irritante constituído por fibrillas de la planta y millares de bacterias, procedentes de la maceración y desecadas, entre las cuales predomina el *bacterium termo*, que si bien no es muy patógeno para el hombre, quizás viviendo en simbiosis con otros morbíficos atenúa ó destruye su virulencia. Con los modernos y perfeccionados aparatos para la carda, es ésta menos nociva que pudo serlo otras veces; podrá alguna vez producir un catarro de las mucosas, pero casi nunca una forma febril y menos la enfermedad específica de que se trata; á lo más determinaría algún caso de *enfermedad de la carda* (Giglioli, *Le malattie del lavoro*).

Para el autor la causa es el polen del cáñamo, que se difunde por la atmósfera y penetra en el organismo, determinando la forma clínica descrita. Para pensar así se funda en estos hechos: 1.°, la floración del cáñamo coincide con la aparición de la epidemia; 2.°, es más intensa la epidemia cuando el cultivo es más extenso; 3.°, á mayor energía de la planta corresponden las formas más graves; 4.°, á diferencia de la *fiebre de heno*, enfermedad aristocrática, que ataca á los intelectuales y privilegiados, la del cáñamo es enfermedad del pueblo, y como el paludismo y la pelagra, enfermedad profesional, siendo más atacados los más expuestos á la acción de la causa; 5.°, ser menos frecuentes en las partes bajas que en las altas de Bolonia; 6.°, no sufrirla los soldados cuando hacen ejercicios lejos de la zona peligrosa; 7.°, observarse catarros nasales en los animales (bueyes y asnos) durante la floración; 8.°, haberse notado en varias ciudades italianas, pero ser Bolonia, en donde se cultiva el cáñamo en grande, la primera en que se señaló la forma epidémica (1888).

A estas razones añade Mendini la prueba decisiva.

Existe siempre, no algunas veces como dice Darelli, faringoamigdalitis; hay además rinitis, que se prolonga por los senos (cefalalgia intensa); respiración difícil de origen nasal, pues no hay nada en el pecho, y varios tipos de erupción cutánea, un exantema análogo ó igual al que producen la copaiba, la belladona, el estramonio, el beleño, y al que se nota en la fiebre ó asma del heno. Este exantema no se debe á la irritación de la piel porque salga á través de ella un medicamento como el iodo y el bromo, demostrados químicamente en las pústulas (Adamkiewicz, Cuttmann), sino á una angioparesia cutánea por envenenamiento de los nervios vaso-

constrictores, análoga á la que determinan otras intoxicaciones (grippe, sarampión, escarlatina, formas tíficas), hecho que justifica que algunos autores, ante el canabismo, hayan pensado en una infección. La convalecencia es penosa y larga, porque el veneno tarda en eliminarse y ha sido maltratado el sistema nervioso central. La fiebre es consecuencia de la faringitis aguda y es la misma que se nota en la rinitis ó asma de heno, en la llamada trifoliosis y especialmente en el favismo. Es el favismo el envenenamiento producido por las habas comunes, que se observa en Cerdeña, Sicilia, reino de Nápoles y á las veces en Bolonia, caracterizado por ictericia, cefalalgia intensa, fotofobia, náuseas, dolor epigástrico, fiebre, etc., y lo sufren las personas que viven ó transitan en donde hay habas en flor; ha sido determinado artificialmente (Stefani), haciendo aspirar polen fresco; el polen viejo pierde su poder patógeno como lo pierde el del cáñamo.

Como el polen del cáñamo y de las habas, el de otras plantas pueden producirlo, especialmente en los predispuestos. Blackley (1873), sufría el asma de heno, ha estudiado con mucho esmero este capítulo y ha determinado bien nada menos que 76 especies de plantas, cuyo polen puede engendrar el *coriza nervioso*, hecho que explicaría la existencia de fiebres estivales en regiones que no cultivan el cáñamo. ¿El mismo heno no está compuesto de 10 ó 12 hierbas distintas? Es tan difusible el polen, que en el centro de París y de Berlín, en donde no se cultiva el heno, ha habido casos de esta fiebre especial. En varios puntos de Italia se le ha encontrado en el polvillo atmosférico hasta en el invierno, sin duda procedente de países lejanos. El del cáñamo es de los más ligeros; la planta es dioica y la naturaleza ha asegurado la fecundación mediante el transporte aéreo, aun cuando el macho esté muy apartado de la hembra.

La fiebre del cáñamo dura muy poco por la desaparición del poder tóxico del polen y por la reacción del organismo que se defiende de nuevos ataques; su breve curso no es conciliable con una infección de gérmenes entrados en la sangre. La puerta de entrada son las fosas nasales. El polen se deposita en ellas é irrita la mucosa (estornudo); es macerado y disuelto por los jugos nasales y entra en el organismo la parte más soluble (toxialbúmina), por las vías sanguínea y linfática y causa los sabidos trastornos, trastornos que son iguales á los que notan los que fuman cáñamo ó ingieren el extracto que, con el nombre de *haschichy de churrus*, circula por el Africa, Persia é India, cuya diferencia no tiene nada de particular dadas

UNIV. OF CALIFORNIA

las manipulaciones que sufren uno y otro. No es lo mismo tampoco la acción del tabaco que la de la nicotina. Además, la introducción por las fosas nasales es mucho más potente que por el estómago y sólo comparable con las inyecciones hipodérmicas y las endovenosas.

La verdadera *profilaxis* sería la supresión del cultivo del cáñamo; pero esto no es posible. Dada esta necesidad, deben tenerse presentes estos preceptos: 1.°, el que pueda hacerlo, apártese del cáñamo en floración; 2.°, los que han de dedicarse al cultivo, tengan presente que esta floración es la más peligrosa y no dormirán á su sombra, pues son el manzanillo de *La Africana*, otra planta cuyo polen es nocivo; 3.°, al cortar la planta, obtúrese con algodón las entradas de las fosas nasales, pues el polen, todavía no seco del todo, puede, flotando, llegar á ellas; 4.°, debe procurarse hallar un medio para el corte mecánico que, además, es ventajoso económicamente; 5.°, se ha de procurar que los ejercicios militares se hagan lejos de los cañizares; 6.°, se dormirá con las ventanas cerradas en países que cultivan el cáñamo.

La profilaxia más segura para ésta y otras enfermedades es mantener en completo estado normal las fosas nasales.

II. Perrucci ha dirigido una comunicación á la *Soc. med. chir. di Bologna* (1907), sobre malaria equina (piroplasmosis).

Enferma un caballo del regimiento de Artillería de guarnición en Bolonia, notándose estos síntomas: obtusión del sensorio, lentitud en los movimientos, color amarillo de limón de las mucosas visibles, petequias rosadas en la conjuntiva y pituitaria, respiración acelerada, pulso frecuente y pequeño, fiebre á 41°. Pocos días después presentaron el mismo cuadro otros siete caballos. En virtud de estos síntomas, creyó se trataba de la forma morbosa especial conocida hasta hace poco como fiebre petequial, fiebre tifoidea, tifus, etc., y que han estudiado con detenimiento Baruchello y Mori como fiebre palúdica del caballo, en cuya sangre se encontró el *Piroplasma equi*.

Perrucci ha podido demostrar en la sangre la presencia de parásitos distintos por su número, aspecto y disposición de los señalados por los autores precedentes. Además ha logrado la transmisión experimental de la enfermedad, confirmando el contagio y precisando los caracteres de la infección artificial.

III. En el Congreso de la «Alianza social» (Lyon, 1907), Vivien trata de la mutualidad maternal, único medio que oponer á la mala si-

tuación que el industrialismo invasor crea á la madre de familia. Formula estos pensamientos:

1.° El contrato del trabajo no puede ser roto si la mujer cesa en su tarea dos meses antes del término probable del embarazo.

2.° Las paridas no deben ser admitadas al trabajo hasta varias semanas después del parto.

3.° Se deben crear Mutualidades maternales, Dispensarios, Consultas de niños, Gotas de leche, en cuantos puntos sea posible.

4.° Toda mujer que trabaje en una fábrica ó en otro punto fuera de su casa, debe ser obligada á inscribirse en una Mutualidad maternal que la garantice de los riesgos de la maternidad.

5.° Las mujeres, durante la lactancia, deben disponer para este fin de dos descansos de tres cuartos de hora, que interrumpan el trabajo de la mañana y de la tarde.

6.° El Estado, como hace en París, debe subvencionar las Mutualidades maternales.

IV. El Dr. A. Agramonte, de la Habana, presentó al XIV Congreso internacional de Higiene (Berlín, 1907), un informe sobre «La lucha contra la fiebre amarilla», fundado en lo hecho en Cuba, Brasil, Estados Unidos, México y Panamá, cuyo fundamento es la intervención, como transmisores, de los mosquitos del género *Stegomya Calopus*. Las medidas que propone, únicas empleadas, modifican las prácticas ordinarias; se las puede dividir en los siguientes grupos:

A. *Medidas internacionales, nacionales y locales.*—1.ª, debe reunirse una Conferencia internacional para revisar las disposiciones cuarentenarias y establecer en cada país la profilaxis más útil; en tanto se procurará: 2.ª, que cada Gobierno prescriba lo que debe hacerse en tiempo de epidemia, incluso la penetración en los domicilios para aislar los enfermos y perseguir y castigar los infractores; 3.ª, instruir al pueblo sobre el génesis de la fiebre amarilla, incitándole á que no la tema; 4.ª, investigar el reparto de los mosquitos en cada localidad.

B. *En los puertos de mar.*—5.ª, los barcos contaminados no se acercarán á la costa cuando menos en 200 metros, distancia que será la misma si el barco está inmune y el país infecto; 6.ª, imposición de cinco días de cuarentena, desde la llegada, á los no inmunes que procedan de barco contaminado; 7.ª, se ha de considerar como sospechosa toda indisposición febril en individuo no inmune que arribe en barco contaminado; 8.ª, de la carga y descarga de los buques infectos sólo deben cuidar los inmunizados; 9.ª, los barcos contami-

nados serán desinfectados mediante fumigación; 10, los tripulantes no inmunes no deben bajar á tierra.

C. *En caso de epidemia.*—11, determinar con toda la exactitud posible los límites de la zona infecta; 12, hacer en ésta un censo de los no inmunes; 13, reducir la inmigración de los no inmunizados; 14, vigilancia de los inmigrantes aptos; 15, considerar como sospechosos todos los casos febriles en los no inmunes ó en los niños; 16, instalar un hospital de aislamiento; 17, y una ó varias estaciones de observación; 18, disponer de cuantos hombres sean necesarios para que hagan desaparecer todos los focos capaces de engendrar mosquitos; 19, ídem de los necesarios para los aparatos de fumigación; 20, instituir un Cuerpo médico que pueda dirigirse de la zona infecta á otra cualquiera, mediante ferrocarril; 21, vigilar severamente para que no salga nadie sin antes pasar por las estaciones de observación; 22, considerar como no inmunizados á aquéllos cuya inmunidad no pueda probarse, precepto que se aplicará á los niños; 23, la Dirección de la lucha debe estar en el punto en que exista la epidemia y no en otro; 24, establecer una Junta de clínicos, con un microscopista, para los casos difíciles ú obscuros de diagnóstico; 25, persuadir al público de los preceptos que debe observar, y en caso negativo, recurrir á la fuerza.

Conclusiones.—Para que la campaña sea fructífera, debe apoyarse en estas medidas generales: 1.ª, declaración de los casos, en cuanto sea posible, y aislamiento; 2.ª, desinfección inmediata de las casas contaminadas y edificios vecinos; 3.ª, destrucción de los mosquitos y de sus focos; 4.ª, proteger á los no inmunes de las picaduras de los mosquitos y alejarlos en todo caso de la zona infecta; 5.ª, no es necesario por completo cualquier otro procedimiento de desinfección.

V. En la Sociedad médica de los hospitales de París (1907), los Dres. Thiroloix y Rosenthal refieren los resultados de sus investigaciones bacteriológicas en dos casos graves de reumatismo articular agudo.

La siembra de la sangre en medio aerobio es negativa; en medio anaerobio resulta siempre un bacilo que, inoculado á los animales conserva siempre su forma bacilar; es inodoro, tiene reacciones químicas características y posee en este estadio los caracteres de los gérmenes descritos por Achalme y Thiroloux. Inoculado al conejito de Indias, produce un flemón gaseoso necrótico vulgar; al conejo ocasiona las lesiones de endocarditis que describió Thiroloix (1897).

Este bacilo se transforma, y acostumbrado á la vida aerobia, es análogo al enterococo grande y hasta toma la forma diplocócica. Cultivado en tubo profundo, crece como bacilo en el fondo del tubo, pero cuanto más superficial, más se parece al enterococo grande y hasta á un coco.

Estos hechos de polimorfismo y de transformismo del microbio del reumatismo explican los resultados diferentes obtenidos por los autores.

VI. Continúan á la orden del día las esporotricosis. En la misma Sociedad, los Dres. Beurmann, Gougerot y Vaucher presentan piezas de animales, en los que la inyección de cultivos del *Sporotrichum Beurmanni*, demostrativas de que ha ocasionado lesiones locales y luego la infección general del organismo: generalizaciones pulmonares con inyecciones intraperitoneales, generalización cutánea con inyección intravascular.

Estos hechos son los primeros en que se ha logrado la generalización, pues hasta ahora sólo se había conseguido las esporotricosis locales ó las propagadas por vecindad, más comparables con las lesiones de la pseudotuberculosis por inyección de cuerpo extraño que con las de la tuberculosis experimental.

Al contrario de Lesné y Monier-Vinard, opinan los autores que el *Sporotrichum Beurmanni* no posee gran virulencia.

BIBLIOGRAFÍA

POR

DON JOSÉ MONMENEU

Doctor en Medicina. Madrid.

MANUAL PRÁCTICO DE INSPECCIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS SUBSTANCIAS ALIMENTICIAS, por el Dr. D. Juan Morros y García. León, 1908.

El interés, cada día creciente, que despiertan todos los asuntos relacionados con la Higiene, vése comprobado por la abundante publicación de nuevos trabajos sanitarios. De entre ellos son de la mayor importancia los dedicados á evitar los peligros de la mala calidad de los alimentos y bebidas. Quizá no haya causa de mayor influencia morbosa para el organismo. La alimentación defectuosa,

por cantidad ó calidad, impide el perfecto desarrollo en las primeras edades de la vida, produce las enfermedades esporádicas del aparato digestivo, las más numerosas de cuantas figuran en las estadísticas de morbilidad, ocasiona muchas infecciones individuales, y da origen á graves epidemias y epizootias, cuyas consecuencias se revelan bien en las tablas mortuorias.

Tan conocidos y vulgares son estos hechos, que aquí mismo, en nuestro país, donde la Higiene no se siente con la energía necesaria para practicarla, individual y colectivamente, como primer precepto inexcusable, se les presta, si no excesiva, alguna mayor atención de la acostumbrada. Los Ayuntamientos empezaron á crear, antes de la aparición de la vigente Instrucción de Sanidad, laboratorios municipales de análisis químico y bacteriológico, encargados de la comprobación de las adulteraciones y sofisticaciones de los alimentos, y de facilitar los elementos necesarios para la persecución de los delitos contra la salud pública; los Mataderos, aun los de los más pequeños pueblos, tienen, cuando menos, un profesor veterinario, inspector de las carnes destinadas al consumo; y centros y sociedades científicas promueven con frecuencia labor de vulgarización por medio de discusiones ó de concursos, que sirven de estímulo á estos estudios.

No lo ha necesitado ciertamente el Inspector provincial de Sanidad, Catedrático de Veterinaria de la Escuela de León, D. Juan Morros y García, para contribuir á tan buena obra; su propio entusiasmo por la profesión le ha bastado, y con él se arriesga á publicar un libro de cerca de 700 páginas en 4.°, que aunque lleve el modesto título de *Manual*, puede considerarse como tratado magistral de inspección y reconocimiento de las substancias alimenticias.

Es este un trabajo notable, muy útil para facilitar á los inspectores de sanidad, á los veterinarios, y en general, á los cultivadores de las profesiones médicas, algunas de las funciones propias de sus cargos sanitarios.

Todas las alteraciones susceptibles de sufrir los alimentos, así las autóctonas, producidas, en cierto modo, espontáneamente por la acción de la humedad y la temperatura ó por la invasión de parásitos, como las determinadas por adulteraciones ó sofisticaciones hechas con el fin industrial de aumentar ilegítimamente las ganancias, están expuestas por el autor minuciosamente y en estilo llano, según exigen la índole del asunto y la precisión de ser claro en el concepto. De buen grado haríamos detallado análisis del contenido

del libro si lo permitiesen las condiciones de la REVISTA. La idea que parece haber presidido á su confección, es la de hacer una obra práctica, inmediatamente utilizable, en la cual halle el lector los medios de apreciar el estado de las substancias alimenticias. Ha elegido para ello el Dr. Morros los procedimientos analíticos químicos ó miscroscópicos de más fácil ejecución y cuya exactitud tiene comprobada personalmente.

La parte dedicada á los alimentos de origen animal, es la mejor tratada. Y se comprende: las carnes, los pescados, la leche, los quesos y la manteca, son las substancias que más se prestan á la codicia de traficantes y expendedores y que más enfermedades originan. El autor estudia los modos de reconocer las carnes impropias para la alimentación y los caracteres necrópsicos y microscópicos de cada una de las enfermedades que las hacen desechables, y revela, además de su ilustración y competencia, el cuidado singular, la atención que en esta parte de su libro ha puesto.

Breve idea de las intoxicaciones é infecciones determinadas por la ingestión de alimentos vegetales, precede á la exposición de los métodos y procedimientos para comprobar sus alteraciones; y un estudio de las bebidas aromáticas con alcaloides, de las alcohólicas, las aguas artificiales y el aire, completan la obra del Dr. Morros, una de las más metódicas y prácticas entre las dedicadas al mismo asunto.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesiones de los días 27 y 30 de Marzo de 1908.

Sobre la especificidad de la tuberculina. — El Dr. *Azúa* presentó dos leprosos, de veinte y cincuenta y un años, respectivamente, en los que se veía claramente la reacción provocada por la tuberculina, aplicada según la técnica de la oftalmo y cutirreacción. A continuación expuso el resultado habido en sus experiencias:

El material clínico ha sido, todo él, de sus clínicas de dermatología y sifiliografía; puede ser clasificado en tres grupos: tuberculosos, sospechosos

y no tuberculosos. En el primero incluye los afectos de tuberculosis cutáneas (tuberculosis papilomatosa del pulgar, lupus tuberculosos, etc.), y los que, además de la enfermedad venérea ó cutánea, por la que están en su clínica, tienen tuberculosis pulmonar reconoscible clínicamente. En el segundo grupo hállanse incluídos dos enfermos tan sólo: el uno, sifilítico, tenía espiración prolongada y á veces entrecortada en uno de los vértices, y el otro, afecto de la enfermedad de Hebra (pitiriasis rubra), que se viene sospechando, es de naturaleza tuberculosa por algunos autores. En el tercer grupo se hallan enfermos de lepra, sífilis, favus, impétigos, papilitis y demás dermitis, pseudoleucemia, etc., etc.

Hacen un total de 30 enfermos, 18 adultos y 12 niños, en casi todos los cuales se han practicado la oftalmorreacción y la cutirreacción, simultánea ó sucesivamente. De estos 30 enfermos, 12 pertenecen al primer grupo, 2 al segundo y 16 al tercero, y los resultados positivos obtenidos son:

Primer grupo. — Oftalmorreacción, 75 por 100 (9 de 12) y cutirreacción, 83'3 por 100 (10 de 12).

Segundo grupo. — Oftalmorreacción, 100 por 100; cutirreacción, 50 por 100. (Sólo reacionó á las dos el caso de pitiriasis rubra de Hebra).

Tercer grupo. — Oftalmorreacción, 50 por 100; cutirreacción, 63 por 100.

Consideraciones clínicas. — Resalta, en primer lugar, la reacción típica y excesiva habida en los leprosos, tanto á la oftalmo como á la cutirreacción; fueron examinados detenidamente, y no eran tuberculosos ninguno, clínicamente al menos. La primera consideración que surge de los hechos expuestos es que la tuberculosis y la lepra son enfermedades muy afines, puesto que los leprosos son muy sensibles á las toxinas fímicas.

La segunda consideración se puede enunciar en el siguiente dilema: ó la tuberculosis es una enfermedad más extendida de lo que se cree y la padecemos latentemente todos, ó la tuberculina no es específica en sus reacciones, puesto que leprosos, sifilíticos, dermatósicos y muchos más enfermos de distintas afecciones no tuberculosas, reaccionan perfectamente á la misma en una proporción de 50 á 63 por 100.

Tercera consideración: El valor de la oftalmo y cutirreacción está en razón inversa de la edad. En los niños es un método casi exacto de diagnóstico; en los adultos es un medio muy dudoso.

Cuarta consideración: La cutirreacción, aparte los peligros de la oftalmo, es preferible á ésta por su mayor sensibilidad. En efecto: todos los que han reaccionado á la oftalmo, han reaccionado á la cuti y á veces con más energía, mientras que algunos que no reaccionaron con la primera, reaccionaron con la segunda. Sin embargo, uno de los casos del segundo grupo arroja una sombra sobre esta conclusión, pues reaccionó á la oftalmo y no á la cutirreacción. Además, la oftalmorreacción es más apreciable cuando la sensibilidad á la tuberculina es débil, por comparación con el ojo sano. De donde:

Quinta consideración: La reacción ó debe hacerse simultáneamente en la conjuntiva y en la piel, ó si se hace una de ellas tan sólo y no resulta, buscar en seguida la otra.

El Dr. Azúa mencionó después algunos hechos ocurridos en sus experimentos. En un sifilítico, cuyos vasos hallábanse en estado deplorable, la

cutirreacción fué violentísima, hubo hemorragia y necrosis del centro de la pápula, formada rápidamente por cierto. Ha visto lesiones oculares subsiguientes á la oftalmorreacción, escasas por fortuna, pero también alguna de ellas muy grave, como en un niño que tuvo una queratitis que le duró más de un mes.

El Dr. *Sánchez Covisa* dijo que en 28 casos ha practicado la oftalmorreacción, alcanzando: En 7 tuberculosos pulmonares confirmados, 7 reacciones positivas; en 11 tuberculosis quirúrgicas, 8 positivas y 3 negativas; en 5 casos sospechosos de fimia, 5 positivas; pero en 4 no tuberculosos, tuvo 3 positivas y 1 negativa. En un caso de tuberculosis testicular, operado hace mes y medio, no ha obtenido reacción ahora; antes no pudo hacerla. Y en 2 casos de estrechez mitral pura, ha obtenido 2 oftalmorreacciones positivas.

Las oftalmorreacciones han sido unas muy débiles, aunque muy dolorosas á veces, otras muy intensas, si bien poco molestas muchas, y, por último, algunas han producido conjuntivitis flictenulares agudas. La duración, restando los casos excepcionales, ha sido de seis á ocho días. Algunas veces producíanse fenómenos febriles.

Concluyó diciendo que la oftalmorreacción ni es inofensiva, ni es específica, al menos en los adultos.

El Dr. *Barbero Saldaña* expuso los resultados por él obtenidos en sus experiencias. Ha practicado la oftalmorreacción en ocho sujetos del Hospital Militar. La tuberculina empleada procede del Instituto Pasteur, de Lille, que viene en mínima cantidad, desecada y encerrada en un tubito de vidrio; á esta tuberculina seca hay que añadirle diez gotas de agua destilada y hervida, y de la mezcla instilar una gota en la conjuntiva de uno de los ojos. Como siempre se pierde cierta cantidad de líquido, por adherencia á las paredes del tubo y de la pipeta, no pudo utilizar más que ocho gotas en los ocho sujetos precitados, que padecían: dos, lesiones óseas de la columna vertebral, *reacción nula;* dos, coxalgia, *reacción ligera;* dos, sospechosos de tuberculosis pulmonar, *reacción nula;* uno, tuberculosis confirmada, reacción violenta; uno, herido contuso, no tuberculoso; reacción nula.

No hizo deducciones de los casos expuestos por ser escaso número para sacar conclusiones. Pero hizo notar un hecho observado, que encierra grande enseñanza: El segundo de los dos sospechosos de tuberculosis á los que practicó la reacción con resultado nulo, era un sujeto de treinta años, sargento, de regular estatura y contextura, algo demacrado y sin antecedentes de particular mención; se quejaba de cansancio al menor ejercicio, pérdida de fuerzas y apetito, y padecía una tos no muy frecuente ni intensa y con escasa expectoración, si bien ésta tenía alguna que otra estría sanguinolenta. Ingresó en el hospital el 25 de octubre último, refiriendo que días antes había expectorado sangre, aunque en no muy grande cantidad. La exploración del aparato respiratorio no arrojó dato preciso alguno, pues lo único que se pudo percibir fué una ligera aspereza inspiratoria en el vértice derecho. Se hizo examen de los esputos y no se hallaron bacilos de Koch. En esta situación se instiló la tuberculina en el enfermo, con la esperanza de salir de dudas, y, en efecto, la reacción nula vino á aumentarlas.

Entonces no tenía más conocimiento de la tuberculina que el suministrado por la lectura de las instrucciones que acompañan á cada tubito, por lo que creía en su valor diagnóstico; esta fué la razón por la cual no se atrevió á formular juicio alguno sobre la existencia de la tuberculosis en el enfermo citado, el cual se halla hoy día en la sala de tuberculosos, esperando su licencia por inútil. En efecto, á los tres meses de haberle sometido á la oftalmorreacción, el microscopio acusaba la presencia del temible bacilo en los esputos, presentando el enfermo todo el cuadro clínico del tuberculoso indudable.

Demuestra el hecho referido que puede ser nula la oftalmorreación en sujetos afectos de tuberculosis incipiente. Y como es en estos casos precisamente donde la tuberculorreacción tendría mayor valor diagnóstico pues las tuberculosis confirmadas cualquiera las diagnostica, resulta que ha bajado mucho la importancia de este método por no ser constante.

En la interpretación de todo resultado existen, aparte de las naturales gradaciones, los dos términos de positivo y negativo. Todos sabemos que en la investigación del bacilo de Koch, cuando no se comprueba su presencia, es decir, cuando el resultado es negativo, nada podemos concluir, pues existen condiciones especiales en que el germen no aparece en los esputos de los tuberculosos, ó por lo menos no es accesible por especiales propiedades biológicas á nuestros medios actuales de investigación; pero cuando el resultado es positivo, entonces la contestación es categórica. Pues bien, *en la oftalmorreacción los dos términos se prestan á duda*: por una parte existen casos de tuberculosos en que la reacción es nula, y por otro los autores citan casos—el disertante ha visto dos en otro hospital—de oftalmorreacciones en enfermos no tuberculosos, como los presentados por el Dr. Azúa. Por cierto que uno de los enfermos vistos por él, llegó á la mesa de autopsias, donde pudo comprobar no había la más mínima lesión fímica en los pulmones ni en parte alguna de su organismo; había muerto de cáncer gástrico. Por consiguiente *la oftalmorreacción, lo mismo si es positiva que si es negativa, no tiene valor absoluto alguno.* Lo cual es lastimoso decir, pues todos habíamos puesto nuestras esperanzas en la tuberculina como el medio tanto tiempo buscado y por fin hallado de diagnosticar precozmente la tuberculosis.

El Dr. *Azúa* rectificó brevemente, no disintiendo en nada de sus interpelantes, entre otras razones porque todos han venido á decir lo mismo: que la tuberculina es un fracaso.

Ventajas de la sutura metálica perdida en la cura radical de las hernias.—El Dr. *Lozano* (D. Pablo) presentó los enfermos siguientes, los cuales llevan puntos perdidos de plata en una ó en ambas ingles sin haberles causado jamás molestia de ningún género. Todos ellos padecieron de hernias inguinales, recidivadas algunas; en el momento actual se hallan curados radicalmente de ellas.

He aquí los enfermos presentados, operados en el Instituto Rubio:

L. M., veintidós meses. Hernia inguinal congénita doble. Operado el 28 de enero pasado; fué dado de alta el 21 de febrero.

M. G., de treinta y seis años. Hernia inguinal derecha. Operado el 4 de febrero; alta el 21. Año actual.

J. R., de cuarenta y tres años. Hernia inguinal izquierda. Operado el 12 de enero; alta el 30 del mismo. Año actual.

C. V., de veintiocho años. Hernia inguinal izquierda. Operado el 26 de febrero de 1907; alta el 13 de marzo del 1907.

F. F., de diecinueve años. Hernia grasosa de la línea alba. Operado el 6 de abril de 1907; alta el 18 del mismo mes y año.

Hombre adulto. Hernia inguinal doble. Operado el 28 de diciembre de 1907; alta el 27 de enero de 1908.

A continuación hizo el Dr. Lozano el panegírico de las suturas metálicas. En efecto, desde que se vienen empleando sistemáticamente como puntos perdidos, en toda intervención practicada en el Instituto Rubio no han vuelto á tener que lamentar supuración alguna, cicatrizando todas las heridas por primera intención, mientras que antes raro era el curso; á pesar de todas las precauciones asépticas tomadas, en el que no había algún que otro enfermo cuya herida operatoria no presentara fenómenos de protesta ante las suturas empleadas, las cuales fracasaban muchas veces por destrucción supuratoria. La sutura metálica, aparte su mayor asepsia, presta más resistencia á los planos, por su mayor consistencia é indestructibilidad. Hay casos en que se impone, como es en las grandes destrucciones de tejidos, donde puede formar un tejido metálico resistente y permanente, y cuando hay que mantener unidos planos musculares dislocados, que ejercen tracciones por lo mismo. En cuanto á la tolerancia por parte de los enfermos, la serie de sujetos presentados demuestran, mejor que todo lo dicho, hasta qué punto son tolerantes los tejidos; es verdad que los puntos metálicos perdidos se enquistan, pero esto mismo nos hace ver su inocuidad para el organismo.

El hilo empleado por él es de plata, de distintos gruesos, según los casos. La sutura, unas veces hácela continua y otras entrecortada, y los cabos se retuercen sobre el último punto, si la sutura es continua, ó entre sí en los puntos sueltos, cuidando dejarlos colocados paralelamente al plano suturado para que no hieran la piel ni los tejidos profundos. El enfermo presentado aquí el segundo lleva, como todos hemos visto, subcutáneamente, el cordón espermático descansando sobre un plano sutural con puntos perdidos de hilo de plata, y jamás se ha quejado del menor trastorno, á pesar de ser el cordón un órgano tan delicado.

El Dr. *Sáinz de Aja* cree que la sutura metálica tiene sus indicaciones, por ejemplo, cuando no se tiene seguridad en la esterilización de las sedas y catguts, y en las suturas óseas, pero no cree llegue á sustituir á las suturas corrientes por que, aparte su coste, el hilo metálico no es tan manejable como los otros y nunca puede coaptar tan perfectamente, por esta razón, como éstos. Por lo demás, una seda bien esterilizada nunca debe supurar, mientras que un hilo metálico es un cuerpo extraño siempre, que ha de ocasionar protestas.

El Dr. *Goyanes* dijo que nunca ha empleado la sutura metálica, á pesar de lo cual jamás le ha recidivado una hernia, y es porque lo de menos es la clase de sutura, sino el procedimiento operatorio, el cual debe ser siempre, en la cura radical de la hernia, el oponer un plano muscular, como se hace en el método de Bassini, y no una simple aponeurosis, como antes se

hacía (Lucas Championière, etc.). La resistencia muscular es firme y activa, no débil y pasiva, cual la aponeurótica. Cita un caso en que tuvo que resecar cuatro traveses de dedo del músculo recto del abdomen y no saltó la sutura, con seda, á pesar de la tirantez que debía haber. Por otra parte, él tiene hernias operadas según el método de Bossini y suturadas al catgut, sin reproducción. Si supuran los puntos alguna vez á pesar de estar esterilizada la seda, es por infección secundaria en el campo operatorio.

Al Dr. *Lozano* no le convencieron ninguno de los argumentos expuestos por sus interpelantes. El hilo metálico se maneja bien y se aprieta mejor que otro cualquiera. El procedimiento operatorio tiene una importancia grande, pero no menor que el modo de suturar las masas; si los puntos de seda supuran, á pesar de toda asepsia, es porque como orgánicos y fibrosos que son, sirven fácilmente, por imbibición, de terreno de cultivo á microorganismos, á veces llevados por la misma sangre del operado. Por último, si bien es verdad que es un cuerpo extraño el hilo metálico, también lo es la seda y quizá más molesto.

Dos casos de polineuritis aguda. — El Dr. *Fernández Sanz* expuso los siguientes casos:

I. Muchacha de diecinueve años, sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia. El 19 de enero del año actual, después de los pródromos consiguientes, amaneció con fiebre de 40°, dolores lumbares y sensación de adormecimiento en los cuatro miembros. Ingresó en el Hospital de la Princesa á primeros de febrero: muchacha débil, con 38°, dolores intensos en las piernas, paresia de los extensores de los dedos del pié y la pierna derecha en adducción. Los reflejos, conservados; no había trastorno de sensibilidades, pero tenía dolor á la presión en todo el trayecto del nervio ciático poplíteo interno. Reacción de degeneración parcial de los músculos de la región antero-externa de ambas piernas. Había también amiotrofia de éstas.

Tratamiento.—Aspirina, salipirina y salicilato sódico durante el período febril, después corrientes eléctricas.

II. Mujer de treinta y cinco años, trapera, sin antecedentes de interés. Hace cinco años tuvo una infección puerperal, sin consecuencias. El 17 de enero del actual comenzó su enfermedad con escalofríos, cefalalgia, dolores lumbares y escapulares, vómitos y quebrantamiento general. Ingresó en el hospital á mediados de febrero: existía parálisis de los cuatro miembros; real y absoluta en el inferior derecho y casi total en el inferior izquierdo (sólo se conservaba la flexión y extensión de los dedos del pié); en el brazo izquierdo sólo se conservaba la flexión y extensión de los dedos, también en el derecho la parálisis era total.

Apreciábase dolor á la presión en el trayecto de todos los nervios de los miembros.

Punción lumbar; líquido normal y á presión normal. La enferma se marchó porque esto le pareció mal, y no ha vuelto á saber de ella.

Diagnóstico.—¿Es posible hacer siempre el diagnóstico de las polineuritis y de las poliomielitis? No; hay casos en que se confunden ambas afecciones.

Ambas parálisis son flácidas. En la poliomielitis hay proporcionalidad

entre los síntomas y las lesiones, simetría de los mismos, parálisis menos marcada en la raíz que en la extremidad de los miembros, más integridad de los músculos de la cara y tronco. Pues bien; todos estos síntomas los tenían las dos enfermas. En cambio, el dolor circunscrito á la presión en el trayecto de los nervios y la ausencia de contracciones fibrilares, abogan por la polineuritis.

La brusca aparición, invasión externa y retrogradación ulterior á determinados grupos musculares, y hasta la escara sacra que apareció en la segunda de nuestras enfermas poco antes de marcharse, caracteres asignados en la evolución de las poliomielitis, hacen dudar de nuevo el diagnóstico. El cual debe ser: infección aguda del sistema neuronal inferior, especialmente en el trayecto de los nervios. Esto es, una poliomielineuritis.

Estenosis esofágica infranqueable, curada. Esofagoscopia. —El Dr. *Goyanes* presentó un muchacho de diecinueve años que, desde hacía dos, venía padeciendo un cuadro clínico parecido al de la úlcera gástrica, quejándose últimamente de dificultades en la deglución, de sólidos primero y de líquidos más tarde. El Dr. Madinaveitia intentó hacerle el cateterismo esofágico, hallando una estenosis infranqueable al nivel del cardias, por lo cual le envió al comunicante, á fin de que le practicara la esofagoscopia. Hizo ésta sin anestesia: veíase perfectamente había estrechez acentuada, pues la luz esofágica se hallaba ocluída por un tabique de naturaleza cicatricial, en un punto del cual, situado excéntricamente, había un pequeño orificio como de un par de milímetros de diámetro. A los dos días hizo nueva esofagoscopia, á favor de la cual pudo cateterizar la estenosis y dejar colocado en el orificio de la misma un tallo de laminaria preparada de unos dos milímetros de diámetro; tallo que extrajo á la hora tirando del hilo fiador á que se hallaba sujeto por su extremo superior: el tallo salió en forma de reloj de arena y con un diámetro doble del primitivo. Es de advertir que hubiera sido imposible el cateterizar la estrechez á ciegas, por la pequeñez del orificio, la situación excéntrica del mismo y la desviación de su dirección.

En la segunda sesión, hecha á los tres días de la primera, introdujo un tallo de laminaria de 4 milímetros de diámetro, también bajo esofagoscopia; á las dos horas le extrajo, saliendo con un tamaño de 9 milímetros. Después de la primera sesión el enfermo pudo beber; después de la segunda pudo comer. A los tres días de la segunda intentó exagerar la dilatación más aún, pero el tallo que colocó, de 11 milímetros de diámetro, fué expulsado á la media hora de colocado, por no quedar ya sujeto: la laminaria era más estrecha que el orificio.

Reintegrado el enfermo á la clínica del Dr. Madinaveitia, éste acabó el ensanchamiento mediante dilatación gradual con sonda, llegando á hacer pasar el núm. 34 de la escala Charrier.

Los hechos expuestos demuestran las ventajas de la esofagoscopia. Von Hacker fué el primero á quien se le ocurrió emplearla para poder sondar las estrecheces esofágicas, de otro modo insondables, y Ebstein ideó la introducción de los tallos de laminaria de Senator, bajo la inspección esofagoscópica, consiguiendo así el cateterismo de la estrechez. Por cierto que Ebstein empleó una vez un tallo hueco que, al hincharse excesivamente,

rompió el esófago y produjo mediastinitis y la muerte. Es de advertir que una estrechez cuya longitud sea mayor de 5 centímetros, no puede beneficiarse con este tratamiento, el cual, como se ve, no puede ser más inocuo y eficaz, ahorrando al enfermo una gastrostomía, que era el término obligado de las estenosis esofágicas infranqueables.

Existen otros medios de dilatar las estrecheces esofágicas que los tallos de laminaria, v. gr., el tubo de caucho de Hacker, que consiste en un tubo de goma, más grueso que el calibre de la estrechez, estirado sobre un mandrín de diámetro igual al de la estenosis; una vez colocado suéltase el tubo de caucho, el cual, por elasticidad, recupera su volumen y dilata la estrechez. Este método es algo brutal y no da buenos resultados. El método electrolítico, que consiste en introducir una sonda metálica protegida, excepto en el punto de la estrechez, y hacer pasar la corriente galvánica, á pesar de dar buenos resultados es inferior al de los tallos de laminaria, los cuales nunca deben ser dejados mucho tiempo, sobre todo en las primeras sesiones, pues pueden dilatarse excesivamente.

El Dr. *González Campo* dijo que, desde que se descubrió la esofagoscopia directa, siempre pensó en el gran valor que pudiera tener en estos casos, Para terminar, preguntó al Dr. Goyanes si no sería perjudicial la esofagoscopia practicada en pleno período ulceroso.

El Dr. *Goyanes* dijo que no tendría inconveniente en dilatar una estrechez ulcerosa é incluso acudir á la cohibición de hemorragia, si la había, bajo la inspección esofagoscópica.

Gastrectomía por cáncer. Curación. — El Dr. *Cardenal* presentó una pieza patológica y preparaciones microscópicas procedentes de un enfermo al que había quitado el estómago, casi en su totalidad, según enseñaba la pieza patológica, por tener un voluminoso tumor epitelial nacido, probablemente, en una antigua úlcera de la corvadura menor. El método operatorio fué el de Kocher anterior. El enfermo vive y se halla en buen estado de nutrición.

A propósito de esta intervención, rebate algunos argumentos que sostienen los abstencionistas. El estómago es una de las vísceras más agradecidas al cirujano; mientras que un cáncer de la lengua, por limitado que se halle, no le opera, un cáncer gástrico, por extenso que sea, siempre le opera, si se mantiene intrínseco, desde luego.

El Dr. *González Campo*, refiriéndose á un dicho del Dr. Cardenal, que aseguraba que muchos casos operados de cáncer que se dicen curados han sido diagnosticados sin análisis microscópicos, dijo que éste se hace siempre hoy día, por lo menos esa es su costumbre. A pesar de ser internista, no es de los que creen que el cáncer no debe operarse; debe extirparse siempre y cuando no sea inoperable, y sólo entonces se debe practicar la gastroenterostomía.

El Dr. *Goyanes* hace resaltar la extensión de la neoplasia en el caso presentado por el Dr. Cardenal, no obstante lo cual manteníase intrínseco; esto se lo explica por ser de la corvadura menor. Los epiteliomas pilóricos á poco que crezcan dejan de ser intrínsecos, dadas las íntimas relaciones de contigüidad que con tantos órganos tiene (hígado, páncreas, duodeno, etcétera), mientras que el de la corvadura menor no tiene más órgano á invadir que el estómago mismo. Al terminar hace resaltar el hecho de ha-

llarse engrosadas las paredes del estómago extirpado, según se ve en la pieza patológica.

El Dr. *Cardenal* cree, como el Dr. Goyanes, que la neoplasia debe haber comenzado en la corvadura menor, puesto que el píloro permite el paso del dedo meñique. Respecto al engrosamiento de las paredes, créela debido á la gastritis producida por el estancamiento de alimentos. Y se muestra conforme con la última conclusión del Dr. González Campo.—J. Iruesta.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 22 de Abril de 1908.

Tratamiento de la eclampsia puerperal.—El Dr. Cerecedo: Mi criterio sobre este particular está basado en mi escasa experiencia y en las opiniones de los tocólogos más eminentes que brillaron desde mediados del siglo pasado en Francia, Alemania é Inglaterra, como son Cazeaux, Schöeder, Playfair, Tarnier, etc.

1.° Teniendo en cuenta exclusivamente la vida fetal, el tratamiento obstétrico en sus diferentes variedades de parto provocado, forzado y operación cesárea, según las condiciones especiales, lo creo indicado si el feto es viable.

2.° Las eclámpsicas se curan algunas veces con y á pesar del tratamiento obstétrico, igualmente que ocurrió siempre empleando otros tratamientos, y hasta la sangría sistemáticamente.

3.° Hoy no hay más tratamiento científico en la eclampsia que el profiláctico y el médico; *el obstétrico no es más que un mero auxiliar cuando se emplea después de hacer explosión la eclampsia;* empleado antes del ataque es también un recurso eficaz, pudiendo ser heróico.

La verdadera eficacia del tratamiento obstétrico está en la provocación del parto, seguida ó no del parto forzado, empleando dichos recursos como profilácticos de la eclampsia *si la albuminuria es persistente, no obstante el empleo del régimen lácteo y si el feto es viable*, aun sin pródromos de la eclampsia.

El fundamento del tratamiento obstétrico, deducido de la observación, está en la eficacia del vaciamiento *espontáneo* del útero y de la muerte fetal, aun sin ser expulsado el feto. Pero 1.°, la eclampsia puede aparecer y desaparecer, continuando la gestación en algunos casos; 2.°, la eclampsia puede aparecer en el puerperio después del parto, y 3.°, los ataques pueden continuar después de vaciar el útero con el tratamiento obstétrico.

Soy, por lo tanto, algo pesimista respecto al tratamiento obstétrico de la eclampsia, y por el contrario, muy optimista si este recurso es empleado oportunamente, antes de hacer explosión tan temible enfermedad.

La estadística ha de resolver si este tratamiento es preferible al médico, empleado hoy principalmente en Francia, esto es: si la intervención es preferible á la expectación.

Las resoluciones de la conducta intervencionista ó expectacionista será

siempre difícil, porque mientras que el tratamiento obstétrico es siempre favorable al feto, si éste es viable, con respecto á la madre puede ser eficaz ó funesto.

Si la operación cesárea en la eclampsia produjera una mortalidad menor del 9 por 100, podría aceptarse en beneficio de la madre; pero yo creo que jamás producirá tan beneficioso resultado por el estado inervador, sanguíneo, hepático, renal, etc., de la enferma, y que, por lo tanto, no es lógico esperar resultados análogos á los que se obtienen con la cesárea en las estrecheces pélvicas.

Con relación al parto provocado y forzado durante el embarazo, opino, con Tarnier y Pinard, que por regla general no debe recurrirse á él en una mujer eclámpsica, adoptando también en el curso del parto en el período de dilatación la misma conducta, á no ser que éste se prolongue mucho ó la intensidad ó frecuencia de los ataques no se calmen con el cloroformo ó la morfina y el cloral y la gravedad de la parturiente exija una dilatación rápida.

Cuando es posible una aplicación de forceps ó la versión, debe extraerse rápidamente el feto.

En resumen: durante el embarazo y el período de dilatación, expectación armada con tendencia á la abstención de tratamiento obstétrico, *por regla general*. Al ser preferible una aplicación de forceps ó la versión, extracción fetal.

En otros términos: soy abstencionista, *por regla general*, en el embarazo y período de dilatación con respecto al tratamiento obstétrico, recurriendo al profiláctico y al médico; pero con suficiente dilatación soy intervencionista.

Asistí en Madrid dos casos de eclampsia. El primero fué en una embarazada y en el segundo surgió el ataque al iniciarse el período de dilatación correspondiente al parto de tiempo.

Ví en consulta otro caso.

La conducta seguida en éste la expondrá á su tiempo el Dr. García de Arias; sólo manifestaré, por mi parte, que aceptaba la operación cesárea, dado el estado gravísimo de la eclámpsica, si el feto fuera viable y el parto forzado fuese imposible. Dicho compañero dilató manualmente el útero é hizo la versión.

En el primer caso fracasó el tratamiento profiláctico y empleé el tratamiento médico durante la eclampsia, morfina y cloral. Expulsó un feto vivo, que murió por debilidad congénita cuatro días después. La madre falleció al sexto día del puerperio.

En el segundo fracasó la morfina, el cloral y el cloroformo; hice parto forzado extrayendo un feto vivo.

La madre falleció dos días después de la intervención.

Con estos resultados se comprenderán los motivos de mi pesimismo respecto á la eclampsia tratada médica y obstétricamente.

Por el contrario, soy muy optimista con relación á la profilaxis, habiendo logrado siempre evitar los ataques, excepción hecha del primer caso citado, donde propuse el parto prematuro provocado, que quizás hubiera evitado la eclampsia, y que no fué aceptado.

Para terminar, diré que deben adoptarse, *por hoy*, tres criterios distintos en la eclampsia, según los casos.

Es mi opinión:

Abstención.....	Durante el embarazo si el feto no es viable.
Expectación..	1.° En el embarazo si el feto es viable. 2.° En el período de dilatación del parto.
Intervención.....	1.° En el embarazo si la albuminuria y los edemas se resisten al régimen y medicación adecuada. 2.° En el parto si hay suficiente dilatación.

Respecto á los fenómenos precursores del absceso de eclampsia, manifestó que él en el mayor número de casos no los observó, recordando que, según Wieger, citado por Cazzeux, la frecuencia comparada de los pródromos difiere según los períodos en que sobreviene la eclampsia. Los que aparecen antes del parto tienen pródromos en el 40 por 100 de los casos próximamente; en el parto el 30 por 100 y en el puerperio el 20 por 100, de donde se deduce que los síntomas prodrómicos más constantes son la albuminuria y los edemas, en lo que el tocólogo debe preferentemente fijarse para instituir la terapéutica profiláctica.

El Dr. Cerecedo, después de manifestar su criterio respecto al tratamiento obstétrico de la eclampsia, dijo que el excelente trabajo del Dr. Sánchez Rodríguez refleja lo que ya sabíamos, esto es: un tocólogo moderno, entusiasta admirador de Bumm, resuelto á acometer cualquier intervención por grave que sea; pero respecto á este último eminente ginecólogo y tocólogo alemán, cree que recurre demasiado pronto al vaciamiento uterino, y que, por lo tanto, es poco respetuoso con la vida fetal, que tanto preocupó á los sabios tocólogos del siglo pasado y muy particularmente á Tarnier.

Con relación al pronóstico del tratamiento obstétrico, manifestó que la operación cesárea, beneficiosa al feto *si es viable*, será siempre grave para la madre, máxime después de hacer explosión la eclampsia, porque á las alteraciones propias de la autointoxicación gravídica hay que añadir las producidas por el ataque; que el parto forzado tiene ventajas é inconvenientes: ventajas para el feto, *si es viable*, é inconvenientes, algunas veces, para la madre, por el peligro que puede resultar del traumatismo, rasgaduras, etc., y porque, además, según han observado concienzudos tocólogos del siglo pasado, Schrœder, Taylor Smith, Playfair, Cazeaux, etc., el interés de la madre exige que no se haga ninguna maniobra obstétrica, por más que en algunos casos admitiesen la conveniencia de apresurar el parto para salvar al niño.

Con relación á la patogenia y anatomía patológica, manifestó que además de las formas hepática, renal y mixta de la eclampsia, admitidas por Paul Bar, era lógico admitir una cuarta forma que pudiéramos llamar placentaria, teniendo en cuenta los estudios fisiológicos de la placenta, demostrados por Acconci, Merletti, Carracido y otros, y además los experimentos sobre la toxicidad placentaria de Veit, Mirto, Gutiérrez y otros, cuyos estudios y experiencias justifican la admisión de una forma placentaria de la eclampsia.

Manifestó que probablemente el primer impulso de la autointoxicación

gravídica partía del feto, y sobre todo de la insuficiencia placentaria; pero que el principal papel en la intoxicación gravídica debe atribuirse á la insuficiencia hepática, considerando la renal, en el mayor número de casos, consecutiva á la hepática.

Que la insuficiencia hepática, en sus múltiples manifestaciones, explicaba los trastornos que las embarazadas sufren con frecuencia. Que la deficiencia glicogénica nos da razón de los fenómenos de depresión, aplanamiento del sistema nervioso y vascular, astenia, laxitud general, fatiga, tristeza, somnolencia, etc.

Que la deficiencia biligénica explica los trastornos digestivos, la anorexia y las diferentes alteraciones gastrointestinales consecutivas á fermentaciones viciosas que aumentan la putrefacción intestinal, tan funesta y perniciosa á las funciones antitóxicas del hígado.

Que la insuficiencia ureogénica del hígado, dificultando la transformación del carbonato amónico en urea, perjudica doblemente la eliminación renal, porque aumentando el carbonato amónico exagera la toxicidad del organismo, y por otra parte, la disminución de urea, que es el diurético fisiológico, reduce la excreción renal según los fisiólogos modernos.

De esta triple insuficiencia glicogénica, biligénica y ureogénica, surge simultánea y consecutivamente la insuficiencia antitóxica del hígado, y entonces, no reteniendo ó transformando las substancias tóxicas, son eliminadas por el riñón, cuyo epitelio alterado produce la albuminuria gravídica y la insuficiencia renal consecutiva á la perturbación de la función hepática en el mayor número de casos; por más que se concibe fácilmente que en circunstancias especiales de predisposición ó susceptibilidad patológica del riñón pueda este órgano alterarse primitivamente, y alterada la sangre por insuficiencia renal, surgir secundaria ó simultáneamente la insuficiencia hepática; pero los conocimientos modernos de la fisiología del hígado autorizan á pensar que las alteraciones de la función hepática deben preceder á la renal.

En justificación de esta hipótesis refirió un caso grave de autointoxicación gravídica en que de un modo terminante se demuestra que la insuficiencia hepática constituía la principal alteración, porque con el régimen lácteo desapareció primero la albúmina de la orina y después la glucosa. Cuando ya no había albuminuria ni glicosuria, pudo demostrar la glicosuria alimenticia ó provocada tomando la embarazada 150 gramos de jarabe simple. Persistiendo en el régimen lácteo, llegó un día en que desapareció la glicosuria alimenticia.

Simultáneamente que iba desapareciendo la albuminuria, glicosuria y edemas, se disiparon los fenómenos subjetivos, cefalalgia, alteraciones de la vista, etc. Llegó por fin el parto y no aparecieron fenómenos en relación con la intoxicación gravídica, pudiendo con la intervención adecuada salvar la vida de la madre y de dos fetos.

Este fué un caso de embarazo gemelar en que el diagnóstico de embarazo doble pudo hacerse al quinto mes de gestación, porque concurrían las circunstancias siguientes: 1.ª, la existencia de dos huevos; 2.ª, un huevo estaba colocado debajo del otro, y 3.ª, el feto del huevo inferior se presentaba de vértice y su cabeza estaba constantemente en relación con el estrecho

superior. Teniendo en cuenta estas circunstancias, se comprende que sea fácil el diagnóstico precoz de embarazo gemelar, aun sin percibir tres polos fetales ni dos focos de auscultación separados. Además, en el quinto mes del embarazo el fondo del útero rebasaba tres traveses de dedo de la cicatriz umbilical, y la embarazada había tenido anteriormente un embarazo gemelar.

Para formular el referido diagnóstico de embarazo gemelar, tuvo en cuenta un notable caso de hidramnios, interesante por más de un concepto, visto en el Instituto Rubio, en el cual, encargado de su asistencia, le fué posible el diagnóstico de dos huevos, por la circunstancia de que el huevo del hidramnios estaba colocado por encima del otro huevo sin hidramnios, que permanecía fijo, en relación con el estrecho superior, en todas las posiciones de la embarazada. Dicho caso fué publicado en el número 9 de la *Revista Ibero-Americana.*

El Dr. Gascuñana: Entrando en consideraciones acerca de la eclampsia, creo que ésta se debe reputar como un proceso muy semejante, si no igual al de la uremia, y en este concepto pienso que es debida siempre ó casi siempre á una insuficiencia renal. Entre las funciones renales hay una que está perfectamente estudiada y que no da lugar á discusión de ninguna clase; la función de excreción. La otra es la llamada secreción interna, función antitóxica demostrada por hechos clínicos, pero que no se ha llegado á conocer en su fondo, sólo existen hipótesis más ó menos admisibles. Los trastornos hepáticos pueden considerarse como secundarios, y debidos á los del riñón, trastornos que lo mismo se observan en el embarazo como fuera de él.

En la mujer embarazada hay un aumento considerable de cambios nutritivos, abunda, por tanto, la producción de elementos tóxicos, y si en este momento el riñón funciona mal, no elimina esos elementos tóxicos y determina su acúmulo en la sangre.

Por estas razones me atrevo á proponer, como tratamiento profiláctico de la eclampsia, el empleo de la nefrina, que da tan buenos resultados para devolver al riñón sus funciones perdidas.

La eclampsia puede estallar de pronto, sin haberse observado antes alteraciones renales, sin albúmina, sin azúcar, sin cilindros, etc., pero esto no es una razón para no admitir el trastorno renal, pues, según Spiegelberg, un reflejo, partiendo del útero, puede producir una isquemia rápida del riñón, la cual á su vez determinaría la suspensión ó supresión de esa función especial antitóxica.

Estoy conforme con el tratamiento seguido por el Dr. Sánchez, y respecto á erigir la intervención como tratamiento preferible, lo considero demasiado rotundo.

Termina haciendo ligeras observaciones acerca del empleo de la morfina, de la sangría y de las inyecciones de suero salino en el tratamiento de la eclampsia.

El Dr. Gutiérrez: Si nosotros conociéramos la verdadera causa de la eclampsia, entonces la cuestión estaba resuelta de plano. ¿Cómo va á haber un tratamiento único y eficaz si no sabemos cuál sea esa causa?

Lo mismo la insuficiencia hepática como la insuficiencia renal deben

obedecer á un mismo origen, y sin que podamos negar la participación que en los ataques de eclampsia puedan tener tanto la alteración renal como la hepática, hay además otro elemento, como es la hipertensión arterial, que pudiera explicarnos los trastornos hematopoyéticos. Tales alteraciones renales, hepáticas y vasculares deben obedecer, repito, á algún principio ó agente tóxico desarrollado con motivo del embarazo, es decir, cuando el útero contiene un feto, siendo en esta ocasión cuando con más frecuencia se observan los ataques, y si algunas veces los vemos después de la salida de éste, es porque quedan en la sangre gérmenes tóxicos que continúan ejerciendo su acción, aun después de haber desaparecido la causa que los produjera. A estas causas hay que añadir la predisposición natural de la mujer, su excitabilidad exagerada y su mayor susceptibilidad para los efectos del veneno, tanto que no es raro ver ataques de eclampsia, sin que haya albúmina en la orina ni fenómenos de insuficiencia hepática.

Tiene, además, la embarazada entorpecimientos de funciones debidos al desarrollo del mismo útero, creando así trastornos en diversos órganos, que son nuevas concausas de producción de toxinas que van á alterar las funciones encomendadas al hígado.

Le extrañaba al Dr. Cerecedo, refiriéndose á un caso en el cual no había glucosuria, que hubiera muerto la mujer en estado comatoso después del parto. Para mí, la causa de ese estado comatoso pudiera ser la existencia de acetonuria, que es más grave que la glucosuria.

Por consiguiente, todas estas alteraciones, todas estas causas pueden reunirse y dada la susceptibilidad mayor del sistema nervioso, dar lugar á los ataques, pero todo ello reconoce una causa única que reside en el huevo, y del huevo en los anejos, y de los anejos en el epitelio de las vellosidades coriales. En las funciones placentarias reside la causa, y mientras esta causa no se conozca, y mientras esta incógnica no se aclare, iremos disconformes en el tratamiento.

Yo, en mi práctica, he visto de todo; grandes resultados de la sangría, grandes resultados del *veratrum viride*, y he visto otros casos en que han fracasado estos medios. No he usado la morfina, aunque se cuentan por centenares los casos de éxito de Dublin.

Propone el Dr. Gascuñana el empleo de la nefrina. Ya se ha empleado y no es de ahora, sino de hace varios años, y aun se ha ido más lejos, puesto que se ha llegado á la decorticación del riñón para descongestionarle y Edewols cita tres casos: dos con éxito y uno con defunción. Hay otros más en la literatura médica.

En cuanto á elección de tratamiento, yo doy la preferencia al profiláctico. Vigilar las funciones desde el comienzo del embarazo, porque los vómitos, las cefaleas y otros síntomas son indicios de una intoxicación mayor ó menor; procurar que las funciones digestivas se hagan bien; desde el primer mes practicar análisis de orina, pero análisis completo, de albúmina, acetona, glucosa, elementos biliares, elementos morfológicos, etc., y antes de aparecer el dolor sobre las cejas ó moscas volantes, imponer la dieta láctea, pero no absoluta al principio, porque no es necesaria: una sola comida de carnes y pescados, y lo restante del día leche, usar las aguas alcalinas y cuidar de que rija bien el vientre.

Si á pesar de esto se presentaran trastornos de índole más grave, dieta absoluta de leche y expectación.

No intervengo nunca durante el embarazo á menos que haya ataque de eclampsia; si hay gran tensión arterial, sangría (así salvé á una hermana política mía), porque la sangría produce dos efectos: la depresión ó disminución de la tensión arterial y una especie de lavado de la sangre, porque el suero del organismo viene á sustituir la cantidad de sangre extraída, facilitando la eliminación de las toxinas.

Teniendo cuidado de practicar bien este tratamiento profiláctico se consigue, en el mayor número de casos, llegar al momento del parto, que es cuando hay que poner en juego todos los recursos para activar el trabajo y que éste se realice con toda normalidad.

Como todavía me queda por decir bastante, y siendo la hora reglamentaria de terminar la sesión, ruego á la Presidencia me reserve el uso de la palabra para la sesión próxima. Así se acuerda.

PERIÓDICOS

Enuresis nocturna y diurna curada por la circuncisión. — En *La Medicina de los Niños*, de Barcelona, publica D. Higinio Sicart Soler el siguiente caso clínico:

«E. T. R., de edad once años, en buen estado de nutrición. Hace seis meses sufrió en esta misma clínica la talla hipogástrica. «El caso era curioso —dijo el Dr. Martínez Vargas. — El cálculo, que por el examen radiográfico sabíamos se encontraba detrás del mismo pubis, estaba perfectamente enclavado en el cuello de la vejiga. Se extrajo con gran dificultad, pues para hacer su parto fué preciso empujar por el recto. Efecto de ello, no hice la sutura de la vejiga y dejé el desagüe de doble corriente suprapubiano. La curación fué completa, pero la enuresis que existía antes de la operación continuó después de ella; se le dió el helmitol como desinfectante con excelente resultado; se le aplicaron las corrientes eléctricas, y aun cuando se le alivió algo, no ha dejado de tener incontinencia y ahora vuelve de nuevo con mucha intensidad».

Examiné este niño en la segunda quincena de enero y encontré dignos de mención estos hechos:

1.° Vejigas, pápulas, vegetaciones y hasta verdaderas nudosidades en la cara interna de los muslos, efecto de la orina que les baña constantemente.

2.° Prepucio excesivamente desarrollado.

3.° Fácil y completo descapullamiento.

Contra la tal enuresis se ha echado mano de cuantos recursos aconsejan los prácticos más eminentes. No dejemos de citar el helmitol, á la dosis de 0'50 gramos, el ambar gris, á la de 0'02; el lúpulo, la estricnina y alguna de sus sales de nuez vómica entre los farmacológicos; ni pasemos por alto las corrientes eléctricas y la hidroterapia entre los físicos; ni siquiera, para ser más completos, omitamos decir que inútilmente se trató de obrar sobre el niño

por sugestión. Pero con nada se obtuvo resultado alguno, si se exceptúa la electroterapia, que le produjo, pero muy fugaz.

En tales circunstancias, y teniendo en cuenta el ya nombrado desarrollo del prepucio, se pensó en la circuncisión. Practicóse, pues, la total bajo la anestesia clorofórmica por el procedimiento de previa incisión dorsal, en 21 de enero próximo pasado. Los datos termio, esfigmo y neumográficos consecutivos á esta pequeña maniobra quirúrgica no ofrecen ninguna particularidad. En cambio es digno de tener bien presente que el efecto curativo de la misma no ha podido ser más lisonjero.

Véanse las siguientes notas:

21. Operación á las diez. Orina al despertar, después, tarda seis horas.— 22, 23, 24. Micciones muy frecuentes, de las cuales se da cuenta en estado de vigilia; no hay verdadera incontinencia cuando duerme. — 25. Orina menos veces. Radiante de alegría, dice: «Parece que puedo aguantar algo la orina, no del todo sin embargo». — 26. Se acentúa la mejoría.—27. Empieza á levantarse. —28. Durante el día orina sólo tres veces. —1.° febrero. Paulatinamente se borra la enuresis nocturna. No quedan vestigios de las vejigas, pápulas y vegetaciones. — 10. Parece completamente curado de la incontinencia. El traumatismo operatorio bien. — 28. Se sostiene el estado del 10. — Se ha curado la incontinencia». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesiones de los días 21 de Abril y 5 de Mayo de 1908 (1).

Causas principales de la mortalidad de la difteria desde el empleo de la seroterapia. — El Dr. L. MARTÍN (*Conclusiones*): 1.ª Existen aún muchos enfermos en los que es ineficaz la seroterapia; una tercera parte de las defunciones en los niños á quienes no se ha inyectado suero antes de ingresar en el hospital, mueren antes de las veinticuatro horas que siguen á su ingreso. Para evitar esta causa de mortalidad, es preciso intervenir sin perder tiempo y hacer sin vacilar inyecciones de suero á todo enfermo sospechoso de difteria.

2.ª Los niños de 0 á 2 años mueren á pesar de la seroterapia en la proporción de 20 por 100. Estos niños proceden en general de medios contaminados y podría prevenirse la enfermedad por inyecciones de suero. Es una

(1) La sesión del 28 de abril se levantó en señal de duelo por la muerte del doctor Riche.

regla absoluta hacer inyecciones preventivas á todo niño de poca edad que haya estado en contacto con un enfermo de difteria.

3.ª La mayor parte de los demás enfermos sucumben de accidentes tóxicos, que los autores atribuyen generalmente á lesiones nerviosas; en muchos casos hemos observado síntomas de insuficiencia renal, hepática y, sobre todo, suprarrenal.

4.ª Para evitar estos accidentes tóxicos se debe, en las anginas graves, recurrir al principio á la seroterapia intensa é inocular de nuevo á los convalecientes que presenten síntomas de intoxicación.

Esperamos que estas consideraciones deducidas de los hechos observados, permitirán tratar mejor la difteria y disminuir su mortalidad.

Volumen del corazón en las cloróticas. — El Dr. *E. Barié* dijo que en las cloróticas el volumen del corazón suele estar disminuído. Algunas circunstancias son capaces, por el contrario, de producir en estas enfermas la dilatación cardíaca; entre ellas figuran, en primer lugar, la atonía del pericardio y ciertas dispepsias gástricas complicadas con un estado neuropático acentuadísimo. Sean las que fueren sus causas, estas dilataciones son de ordinario pasajeras y no adquieren el mismo desarrollo que las ectasias cardíacas consecutivas á las cardivalvulitis, á las degeneraciones del miocardio ó á la esclerosis cardiorrenal.

Tratamiento de la otitis media aguda. — El Dr. *Lermoyez* presentó un estudio terapéutico comparado de los tratamientos de la otitis media aguda, fundado en más de 200 casos de su práctica. Estos casos pueden dividirse en dos grupos. Los del primero fueron sometidos al tratamiento otológico clásico: curas húmedas, tópicos antisépticos, glicerina fenicada, inyecciones frecuentes, duchas nasales de aire. En los del segundo se empleó un tratamiento análogo al tratamiento quirúrgico de los abscesos calientes. Incisión amplia del tímpano, desagüe con gasa y cura algodonada oclusiva. Supresión de inyecciones en el conducto auditivo y de las duchas nasales de aire, que son irritantes é infectantes. Supresión, además, de todo agente antiséptico. Se trata, en resumen, de una cura seca, aséptica, oclusiva y tardía.

He aquí los resultados comparados de los dos métodos: El tratamiento húmedo obligó al Dr. Lermoyez á abrir la apófisis mastoides 14 veces en 100 casos. Con el tratamiento seco ha hecho descender esta proporción á 8 por 100.

Acción de la opoterapia asociada sobre el síndrome de Basedow.—El Dr. L. Rénon: Entre las diversas medicaciones empleadas contra este síndrome, además de la quinina recomendada por Lancereaux y de los salicilatos aconsejados por Vicent contra el bocio reumático, merece citarse la organoterapia. La seroterapia antibasedowiana con sangre de animales etiroidados, empleada por Gilbert y Enriquez, da buenos resultados en muchos casos. Empleo contra el bocio exoftálmico la opoterapia hipofisaria á causa de los efectos generales del jugo hipofisario sobre la tensión arterial, sobre la taquicardia y sobre el cuerpo tiroides. Con esta medicación se obtienen mejorías notables, pero no curación. En las investigaciones sobre los síndromes poliglandulares se han asociado diversas opoterapias con resultados muy satisfactorios. Pareció lógico tratar el síndrome de Basedow por la sangre

glicerinada de animales etiroidados asociada al extracto de hipófisis, puesto que la hematoetiroidina neutraliza los productos de la hipersecreción tiroidea y puesto que la hipófisis ejerce una acción vasoconstrictora general intensa que recae de un modo especial sobre el cuerpo tiroides. La experiencia ha confirmado estas ideas teóricas.

Pueden asociarse las dos medicaciones, haciendo tomar al enfermo, cada día, dos ó tres cucharaditas de hematoetiroidina y 20 á 40 centígramos de polvo vital de hipófisis de vaca. A los veinte días se suspende el tratamiento durante una semana, siguiendo á esta serie otras varias, según el efecto producido. Las dos medicaciones pueden emplearse alternativamente. Durante quince días se administran diariamente tres cucharaditas de hematoetiroidina y durante los quince días sucesivos se hacen tomar 20 á 40 centígramos de polvo vital de hipófisis de vaca. Las medicaciones se administran de este modo una ó más veces. Esta opoterapia asociada, fundada en la fisiología, la patología y la terapéutica generales, da resultados superiores á los que se obtienen con un sólo método. Se obtienen así remisiones grandísimas en la evolución del síndrome de Basedow, pero no puede decirse que se consigan curaciones.

Valor terapéutico del bicarbonato de sosa en las gastropatías. — El doctor G. Hayem: Los alcalinos, en general, y el bicarbonato de sosa, en particular, permiten obtener en las gastropatías efectos terapéuticos importantes, pero, sin embargo, he abandonado casi en absoluto su empleo, porque las indicaciones que pueden llenar, se llenan mejor con otros medios. Se admiten, desde el punto de vista de la medicación alcalina, dos categorías de enfermos: los hipo y los hiperpépsicos. Estoy convencido desde hace mucho tiempo de que debe prohibirse el empleo de los alcalinos á los enfermos de la primera categoría. Es verdad que en ciertas condiciones estos medicamentos pueden excitar la secreción, sobre todo en las hipopepsias accidentales debidas á intervenciones medicamentosas. Estos casos no deben confundirse con las hipopepsias verdaderas, de tipo fijo, determinadas por la atrofia de las glándulas de la mucosa gástrica.

Quedan los casos llamados de hiperclorhídria. En éstos pueden obtenerse dos resultados dignos de atención: 1.°, un efecto calmante; 2.°, una modificación del proceso digestivo.

1.° *Empleo del bicarbonato de sosa como sedante del dolor.* — Los dolores gástricos que se presentan con tanta frecuencia á la hora ó tres horas después de la comida se tratan por los alcalinos. El dolor se calma, pero se reproduce y los enfermos, para calmarlo, aumentan la dosis del bicarbonato de sosa, llegando á tomar dosis elevadísimas y haciéndose alcalinófagos. Se hallan encerrados en un círculo vicioso, del que no pueden salir, porque el bicarbonato sódico, en vez de moderar la hiperclorhídria, la aumenta. Por esta razón he abandonado el empleo de los alcalinos, incluso el bicarbonato sódico en esta clase de gastralgias, sustituyéndoles por el subnitrato de bismuto á grandes dosis, administrado por la mañana en ayunas.

2.° *Empleo del bicarbonato de sosa como modificador del proceso digestivo.*— En los hiperclorhídricos sometidos á una cura enérgica hidromineral alcalina se observa un fenómeno interesante. La hiperclorhídria parece más

acentuada. Este aumento es sólo aparente y debido á que el ácido clorhídrico tarda menos en quedar libre. El proceso digestivo sigue una marcha rápida y la evacuación del estómago se normaliza, si antes era lenta. Puede obtenerse el mismo efecto terapéutico absorbiendo bicarbonato de sosa en naturaleza, al fin de la digestión, como se hace para combatir los dolores llamados tardíos. El tratamiento consiste en administrar 6 á 12 gramos diarios de bicarbonato sódico en tres veces, durante veinte á veinticinco días. He administrado hasta 24 gramos, pero aunque estas dosis son bien toleradas, no las creo necesarias. A pesar de los buenos efectos que se obtienen con este tratamiento, lo he abandonado casi en absoluto desde hace diez años, porque los resultados son menos acentuados y menos durables que los que se consiguen con la solución de agua de Carlsbad artificial, á la que doy la preferencia. Aunque en la fórmula entra el bicarbonato de sosa, su papel no es predominante. Creo, por lo tanto, que el bicarbonato de sosa solo y las aguas alcalinas desempeñan un papel secundario en el tratamiento de las gastropatías.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión de Abril de 1908.

Valor práctico de la introducción eléctrica de los medicamentos.—El Dr. Laguerrière: La electrolisis medicamentosa *parece que debiera ser útil en las afecciones superficiales* (dermatosis) ó, en rigor, tal vez en los procesos casi superficiales (tofos gotosos subcutáneos, por ejemplo), pero debe ser experimentada mucho más de lo que lo ha sido hasta aquí. En cuanto á las *lesiones profundas*, parece evidente que son *sobre todo influídas por la corriente continua á alta dosis;* la teoría y la práctica están, en efecto, de acuerdo para demostrar que la corriente no lleva directamente la substancia electrolizada hasta el punto enfermo, y por otra parte, clínicamente, los resultados no difieren de un modo sensible, en general, cuando se emplea la corriente continua, sirviendo para la introducción medicamentosa ó sin poner medicamento alguno. Sin embargo, existen hechos bastante raros que parecen hablar en favor de la electrolisis medicamentosa hasta en el tratamiento de las lesiones profundas. Estos hechos parece que pueden explicarse por el almacenamiento del medicamento en la piel en un estado especial que le permite difundirse de un modo incesante hacia la región que se ha de tratar y añadir una acción medicamentosa á los efectos solos de la corriente.

El cacodilato de sosa y el arrenal contra las úlceras de la córnea.—La doctora Bousignorio: Hace dos años que empleo con gran éxito el cacodilato de sosa en el tratamiento de todas las úlceras de la córnea. Le empleo en solución al 3 por 100 y en pomada al 2 por 100, y el arrenal también en solución al 3 por 100. Bajo la influencia de este tratamiento, las úlceras se llenan rápidamente, los bordes se reunen y hay una irrupción rápida del epitelio corneano. En las blefaritis ulcerosas es necesario levantar con cui-

dado las costras con agua templada antes de hacer la aplicación sobre las úlceras ó los abscesos, que se ven en las antiguas blefaritis al nivel de las glándulas ciliares, con una pomada al cacodilato de sosa al 3 ó al 2 por 100. Se unta el borde de los párpados durante ocho días, por las noches, y después cada dos días durante una semana más. La pomada al cacodilato produce una sensación de escozor muy débil que no dura más de dos á tres minutos. Contra las ulceraciones de la córnea se pone en el ojo enfermo al acostarse un poco de pomada del tamaño de un guisante.

(*Bull. Med.*).—Codina Castellví.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 de Mayo de 1908.

Cuerpo extraño en la vejiga. — El Dr. *Roberto Lenk* presenta los restos de una bujía esteárica que han sido extraídos de una vejiga urinaria mediante un nuevo procedimiento. La bujía había penetrado por un acto de masturbación, sobreviniendo algunas semanas después intensa hematuria y una cistitis grave. Con el cistoscopio no sólo se descubrió una cistitis ulcerosa más acentuada en el fondo de la vejiga, sino la existencia del cuerpo extraño, retorcido, incrustado en el vértice de la vejiga y nadando en el líquido que se había inyectado. Como parecía casi imposible su extracción por medio del cistoscopio quirúrgico ó litotripo sin ocasionar lesiones más graves y la talla hipogástrica también era muy arriesgada á causa de la grave cistitis existente, se empezó llenando la vejiga con 120 cent. cúb. de agua esterilizada, para que en ella flotara la bujía, y después se inyectaron 50 á 60 centímetros cúbicos de bencina que, por ser más ligera que el agua, ascendió á la parte más alta de la vejiga, donde actuaba sobre la bujía, y en cambio no se ponía en contacto con la parte inferior de la vejiga, y sobre todo con el fondo, que era la parte más alterada, evitándose así que la bencina irritara dichas partes. A los veinte segundos se dió salida á todo el líquido, y se lavó la vejiga perfectamente. La vejiga, ya un poco reblandecida con la temperatura del cuerpo, fué corroída por la bencina, y se deshizo en trocitos muy diminutos, que fueron después expulsados con la orina. Con cinco sesiones iguales de quince á veinte segundos cada una, se extrajo de este modo toda la estearina. El pábilo fué extraído después con el litotropo.

Disminución de la agudeza visual ocasionada por el embarazo. — El Dr. *Rodolfo Meissner* presenta á una mujer embarazada de tres meses, la cual hará unos seis años padecía una neuritis óptica de origen sifilítico, quedándole un poder visual muy satisfactorio. Hace dos años se hizo embarazada, y observó una disminución notable en la vista. Esta mejoró después del parto, pero sin alcanzar su grado anterior. En un segundo embarazo se repitieron los mismos hechos, y en el tercero, ó sea el actual, volvió á disminuir la agudeza visual, y la mujer solicita la interrupción del embarazo.

En la actualidad puede contar los dedos con el ojo derecho á los tres me-

tros, y con el izquierdo á los tres y medio. Con el oftalmoscopio se descubren: astigmatismo regular y también un poco irregular, y lesiones de neuritis óptica en ambos ojos. El campo visual presenta una gran reducción concéntrica, y de los colores sólo se distingue el rojo. No se aprecia ningún indicio de sífilis ni hay albuminuria. Se prescribe el yodo, pero si el tratamiento antisifilítico no da resultado y sobreviene una disminución rápida y muy marcada de la potencia visual; habrá que pensar en acceder á los deseos de la enferma, pues es indudable que en este caso el embarazo contribuye al desarrollo y progresos de la afección ocular.

El Dr. *Leopoldo Konigstein* ha reconocido á la enferma hace algunas semanas, y le parece que tiene muchos deseos de verse libre de su embarazo. El resultado del examen de la enferma, también le hace creer que se trata de una histérica, y este resultado concuerda con el suministrado por la exploración funcional de la vista.

El Dr. *Klein-Baringer* cree que la paciente, si no finge, por lo menos exagera, quizá con el objeto de que la hagan abortar. En su opinión, no hay que pensar en ello por ahora, ni tampoco mientras no amenace á la vista un peligro inminente.

El Dr. *José Hirschl* propone emplear el mercurio, puesto que el yodo no suele bastar como antisifilítico.

El Dr. *Julio Hochenegg* encuentra muy justificados los temores de la enferma, en vista de lo que ha sucedido en los embarazos anteriores y de la reducción observada en el campo visual. Como causa de la ambliopía pudiera aducirse las alteraciones de la hipófisis producidas durante el embarazo, mencionadas por los franceses y muy bien estudiadas anatómicamente por Erdmann y Stumme.

El Dr. *Hermann Teleky* dice que, en su larga práctica, no ha visto ninguna afección ocular relacionada directamente con el embarazo, si se prescinde de la retinitis de origen albuminúrico.

El Dr. *Meixner* objeta á Hochenegg que, en este caso, no hay la hemianopsia característica de la lesión de la hipófisis.

El Dr. *Carlos de Stejskal* manifiesta que la lesión del nervio óptico, muy semejante á la atrofia, pudiera atribuirse á alguna afección orgánica, verbi gracia, á una exostosis ó periostitis de la hendidura orbitaria, que recidivaría en los embarazos. Se citan, en efecto, algunos casos de exostosis formadas durante el embarazo.

Antagonismo de los nervios simpáticos y autónomos en la secreción interna.— El Dr. *Carlos Rudinger* dice que la experimentación ha demostrado que debe existir una inhibición recíproca entre el páncreas y el tiroides, lo mismo que entre el páncreas y el sistema cromoafine; en cambio, este sistema y el tiroides parecen activarse recíprocamente. Sabido es que el sistema cromoafine tiene íntimas relaciones anatómicas y embriológicas con el simpático, y que el producto secretório de dicho sistema, la adrenalina, obra exclusivamente sobre las ramificaciones terminales de los nervios del simpático. También hay que admitir que existen nervios puramente simpáticos, que son los que rigen á dicha secreción. Cuanto al tiroides, es muy posible que su secreción interna obre sobre los nervios autónomos, pero su influencia principal la ejerce sobre el sistema nervioso del simpá-

tico, puesto que la función exagerada del tiroides da origen á un cuadro sintomático que revela, en primer término, la existencia de un estado exagerado de excitación del sistema nervioso simpático.

De lo dicho se infiere que el antagonismo entre el páncreas por una parte y el tiroides y el sistema cromoafine por otra, hacen sospechar que la secreción interna del páncreas es principalmente autónoma. La hipotética secreción interna del páncreas parece hallarse sometida á la influencia predominante del vago autónomo, siendo, por lo tanto, muy probable que el antagonismo que se observa entre el modo de conducirse el sistema nervioso del simpático por una parte y los nervios autónomos craneales y sacrales por otra, se manifiesta también en la secreción interna. Así como la producción de adrenalina es gobernada por el simpático, y la adrenalina á su vez obra de un modo específico sobre las ramificaciones terminales de dicho sistema, puede suceder que ocurra lo mismo con la secreción pancreática respecto á los nervios autónomos. Sería, por lo tanto, muy posible que la midriasis observada por Loewi con la adrenalina después de la extirparción del páncreas, no tuviera su explicación en la supresión de inhibiciones sobre el simpático, sino en la supresión de impulsos corpóreos sobre los nervios autónomos.

(*Wiener klinicher Rundschau*).— R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Modo de acción de algunos antipiréticos. — Cloetta divide los antipiréticos en cuatro grupos: quinina, quinolina, anilina y pirazolon. Esta división se funda en los caracteres químicos, resultando, por lo tanto, diferencias esenciales respecto á su acción fisiológica.

La quinina rebaja la temperatura, disminuyendo la actividad del metabolismo y la de las fermentaciones. El sistema nervioso central no desempeña, al parecer, un papel importante en este proceso. La acción de los medicamentos de los otros tres grupos es mucho más intensa y más rápida. La eliminación de los productos azoados está disminuída también, pero en mucho menor grado que con la quinina; la hipotermia no se consigue, por lo tanto, según este mecanismo; dichos productos obran impidiendo que se introduzcan en estas células del organismo las toxinas que producen la fiebre. Estos antipiréticos combaten la acción de la toxina por la influencia deprimente que ejercen sobre el sistema nervioso central. Dicha acción no puede ser definitiva, porque las substancias que producen la fiebre se forman de un modo continuo en el organismo; para combatirlas es preciso repetir las dosis del medicamento. Este, al obrar sobre el centro nervioso, despierta en él la conciencia de la hipertermia periférica y le incita á combatirla por vía quimico-física. Las eliminaciones azoadas son entonces disminuidas, y se produce una transpiración abundante. Se comprende

que, si la dosis del antipirético es elevada, esta lucha sea capaz de provocar el colapso.

Los derivados de la quinolina, talina, etc., están dotados de una acción más enérgica, y tienen, por lo tanto, el inconveniente de exigir mayor vigilancia. Los derivados de la anilina (antifibrina, etc.), obran descomponiéndose con lentitud en el organismo y dejando libre su anilina; ésta es un veneno de la sangre y forma metemoglobina. Es preciso no prescribir á dosis elevadas los medicamentos de este grupo. En la fenacetina, la fórmula química se opone á la liberación de la anilina y á los accidentes que son de temer: los efectos antipiréticos se producen de un modo lento y continuo, y los órganos periféricos tienen todo el tiempo necesario para adaptarse á la situación creada por este medicamento. La lactofenina posee propiedades análogas. No ocurre así con el citrófeno; deja libre con facilidad la anilina, y es preciso abstenerse de prescribir grandes cantidades de este medicamento.

Los derivados del pirazolon no contienen anilina ni ejercen, por consiguiente, acción nociva sobre la hemoglobina. No se conocen aún las diferencias íntimas que deben existir entre los efectos de los derivados de este grupo y los del anterior, pero se ha observado que ciertos tipos febriles son más sensibles á la antipirina que á la fenacetina y viceversa. El piramidón tiene gran afinidad por el protoplasma de los centros nerviosos, y como su acción es enérgica conviene administrar con prudencia este medicamento.

(*Rev. de ther. medico-chirurgicale*, 1 junio 1908).—F. Toledo.

Decapsulación renal en la eclampsia puerperal.—El Dr. W. Falgowski dice haber practicado la decapsulación renal en casos de eclampsia grave. La secreción renal tarda algún tiempo en normalizarse; es muy posible que influya en ello el agotamieeto cardíaco que precede á la operación. Después de ésta, primero cesan las convulsiones y más tarde mejora la nefritis. Ya á las seis horas y media despiertan las enfermas del coma.

Cuando se ve que, aun después de evacuado el útero, no se restablece la secreción urinaria, es en los casos en que procede practicar la decapsulación renal. Esta operación, haciendo desaparecer el exceso de presión intracapsular, estimula la circulación sanguínea y hace posibles las mutaciones nutritivas. La hiperhemia arterial que sigue inmediatamente á la decapsulación, provoca la reabsorción de los materiales inflamatorios que tal vez se hubiesen acumulado, y al mismo tiempo estimula la diuresis. El aparato epitelial del riñón, dañado por el éxtasis venoso ó por principios tóxicos, recobra su aptitud funcional con el restablecimiento de la normalidad en la circulación sanguínea.

(*Zentralblatt für Gyn.*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

(Continuación).

Sin embargo, pueden reunirse algunas observaciones de nefritis agudas tratadas por la decorticación renal, y entre las estudiadas citaré las siguientes como más importantes:

OBSERVACIÓN I. *Pielonefritis aguda con abscesos miliares. Decapsulación del riñón derecho* (Georges Edebohls).—Mujer casada, de veintidós años, madre de un niño el cual nació al comienzo de 1901. Nuevamente embarazada de cuatro meses. El 8 de mayo de 1902, escalofríos y fiebre de 40°,1, con vivos dolores, hinchazón de la región lumbar derecha y pus en la orina.

Riñón derecho aumentado de volumen en más de la mitad.

Diagnóstico: Pielonefritis derecha aguda.

Operación el 12 de mayo de 1902. Tejido perirrenal muy congestionado; perinefritis aguda. Excisión de la cápsula celulograsosa inflamada. Paredes de la pelvis renal adelgazadas, pero sin dilatación de la misma, donde no se encuentra piedra alguna, ni en los cinco centímetros superiores del ureter. Riñón doble de volumen, vivamente congestionado, azulado y un poco duro. Decapsulación del riñón. Innumerables abscesos miliares en toda la superficie y á través de la substancia renal. La semejanza con la tuberculosis miliar, que hubiera hecho precisa la nefrectomía era tan grande, que se resecó una pequeña parte del tejido renal y se envió

al laboratorio para su examen microscópico. A los quince minutos, el profesor Brooks respondió: «Inflamación purulenta del riñón, sin vestigios de tuberculosis».

Se fijó entonces el riñón por suturas á través de la cápsula propia desprendida. Se colocaron algunos hilos de seda á lo largo de la superficie descubierta del riñón para el desagüe, y se cerró la herida por completo. Los hilos de seda se quitaron á los siete días, obteniéndose una reunión por primera intención de toda la herida, resultado que sorprendió por los numerosos y pequeños abscesos existentes en el riñón. El agente infeccioso, á juzgar por la historia de la enfermedad, era el gonococo.

A partir del día de la operación, la enferma no tuvo ni elevación de temperatura y del pulso, ni ningún otro síntoma. Al levantarse, tres semanas después de la operación, se entregó á sus ocupaciones, y según dijo ella, jamás se había encontrado tan buena. El pus, aun cuando en cantidad menor, sigue presentándose en la orina. Después de la operación tomó urotropina constantemente.

Observación II. *Nefritis parenquimatosa crónica derecha y en el riñón izquierdo focos sépticos múltiples*, 9 agosto 1901. *Nefrectomía derecha por riñón séptico*, 10 noviembre 1901. *Excisión de la cápsula propia del riñón izquierdo* (Edebolhs).— C. B..., treinta y nueve años, madre de cuatro niños, ha sufrido nefritis parenquimatosa con degeneración grasosa del corazón durante su último embarazo, terminado el 12 de febrero de 1901 por el nacimiento de un niño vivo y de término.

Las dos primeras semanas del puerperio no tuvieron más accidente que la persistencia de la nefritis. Entonces se desarrollaron ligeros síntomas de infección y el examen reveló un gran tumor sensible á la presión, á la derecha del útero. Durante la evolución uterina la afección disminuyó tanto que el tumor se hizo cada vez menos voluminoso, siguiendo la evolución progresiva del útero.

El 14 de marzo de 1901 ví á la enferma por vez primera y entonces ésta se encontraba en plena infección, mostrando al examen un tumor de 9 á 10 centímetros de diámetro en el lado derecho del útero, íntimamente unido por un ancho pedículo al cuerpo de este órgano, hasta por encima de su unión con el cuello.

El útero blando media 12 á 13 centímetros en profundidad, estaba rechazado á la izquierda y atrás por el tumor.

Se hizo el diagnóstico de fibroma uterino en degeneración gangrenosa, la cual producía la infección general. Se aconsejó la abla-

ción del tumor como necesaria y fué aceptada la operación, que se hizo con anestesia el 17 de marzo de 1901. El útero contenía el fibroma mencionado con un cierto número de fibromas jóvenes, por lo cual fué extirpado en un solo trozo con las dos trompas y ovarios por laparotomía. Se cerró la herida, colocando un tubo de desagüe en dirección á la vagina.

La enferma fué conducida al lecho en un estado profundo de colapso, del que apenas había salido cuando apareció, al día siguiente, una doble pneumonía de forma muy grave. La pneumonía siguió un curso regular de diez días, la temperatura llegó á 40°, el pulso á 107 y la respiración á 67 por minuto. Durante todo este tiempo la vida estuvo pendiente de un hilo, manteniéndose el corazón gracias á noventa inyecciones hipodérmicas de cafeína, glenoína, alcanfor y otros excitantes cardíacos. Durante dos semanas se emitieron involuntariamente las heces y las orinas, lo cual da idea del estado de profunda depresión de la enferma.

Durante la convalecencia de la pneumonía se desarrolló una fístula urinaria. El examen cistoscópico demostró que era debida á un pequeño esfacelo de la pared de la vejiga, precisamente por encima del ureter derecho.

La herida abdominal, que curó por primera intención, se desunió por infección pneumocócica. Dos semanas después de la resolución de la pneumonía quedó bien la enferma, aun cuando su estado no era del todo satisfactorio. Se desarrolló entonces una infección aguda del riñón caracterizada por una tumefacción dolorosa del riñón derecho con piuria y aumento notable de la albúmina y de los cilindros, seguida por síntomas de infección general secundaria, con temperatura de 40° y pulso de 120. Después de consulta con otros dos compañeros, se discutió la oportunidad de una nefrectomía, la cual se aplazó para más adelante.

En los meses de mayo, junio y julio, la enferma tuvo tres ataques exactamente semejantes de manifestaciones graves de la infección del riñón derecho, durando cada ataque de ocho á diez días. Durante el ataque de julio llegó la temperatura á 40°,1 y el pulso á 160, por lo cual se propuso la nefrectomía derecha, que se practicó con anestesia de éter el 9 de julio de 1901.

Después de la ablación del riñón derecho séptico hubo una maravillosa y rápida mejoría del estado de la enferma.

El apetito y las fuerzas volvieron rápidamente, la enferma ganó trece libras de peso y se entregó á sus tareas habituales.

Unicamente quedaba un punto negro en su felicidad, el cual era causa de trastornos para su familia y para sus médicos, á saber: la persistencia de la albúmina y de cilindros con una pequeña cantidad de pus en su orina. El profesor Brooks calificó esta enfermedad de mal de Bright crónico con ligera infección. Con el tiempo la mejoría cesó y la palidez característica, la hinchazón de la cara y el edema de las extremidades inferiores, debido á la enfermedad de Bright crónica, se manifestaron de nuevo. El marido de la enferma, que conocía mis operaciones en los casos de enfermedad de Bright crónica, me preguntó si tendría su mujer alguna probabilidad de curar por la operación y la misma enferma me pidió que la operara.

El 10 de noviembre de 1901 hice la excisión de la cápsula propia del riñón izquierdo, bajo anestesia con protóxido de ázoe, practicada muy hábilmente por el Dr. Bennet, que había administrado el éter en las operaciones anteriores. La operación se hizo en treinta y dos minutos, y la enferma recobró completa é inmediatamente el conocimiento. La herida cicatrizó por primera intención. El riñón funciona bien. La cantidad de orina durante las doce primeras horas era por lo menos de 2.000 cent. cúb., con un peso específico de 1.010, trabajo notable por tratarse de un solo riñón. Un trocito de tejido renal que se vino con la cápsula, se envió para su examen al profesor Brooks, que dió la respuesta siguiente:

«El examen microscópico del trocito de tejido renal de la señora C. B., revela una lesión histológica muy evidente de focos múltiples de nefritis de tipo infeccioso; en lo que es posible juzgar, por la pequeña cantidad de tejido cortical recibido, estos focos están confinados en las zonas correspondientes á las arterias terminales. En las zonas enfermas, los *tubulis* presentan un epitelio tubuloso y parcialmente disgregado, desprendido de la membrana propia, presentando estos *tubulis* su luz obstruída por leucocitos polinucleares, epitelio fragmentado, células de sangre y un detritus amorfo; algunos *tubulis* están llenos de materia hialiana densa».

Se ve, según la descripción anterior, que el pronóstico, en lo que se refiere al resultado final de este caso, no es favorable, á causa del pus en el riñón; en el momento en que escribimos este artículo, la enferma se encuentra bien.

Observación III. *Nefritis doble infecciosa supurada, desarrollada en el curso de una nefritis crónica. Decorticación de los riñones. Muerte* (Le Nouëne). — B... Jeanne, de veintiséis años, tra-

bajadora, entra el 14 de octubre de 1902 en el Servicio del Dr. Sorel. Sin antecedentes hereditarios. A la edad de cinco años, esta mujer sufrió una caída violenta, que la tuvo algún tiempo en cama. Fué operada de un absceso de la nalga, cuatro años antes de hacerse esta observación. Hace algunos años padece con frecuencia de la garganta. En el lado derecho del cuello se ve la cicatriz de una incisión practicada hace cuatro semanas, á causa de un flemón. Cuando se practicó esta operación, ya la mujer presentaba edemas y albuminuria; por estos síntomas fué sometida á régimen lácteo.

Hace cuatro años, la enferma tiene frecuentes dolores de cabeza, el apetito escaso, el estado general mediano, y los maleolos edematosos.

Después de su salida del hospital, al siguiente mes, vuelve por algunos días á su régimen alimenticio ordinario. Sobrevienen entonces vómitos, cinco á seis por día, disnea, edemas muy pronunciados de las piernas, del abdomen y de la cara. Hace ocho días existe diarrea con ocho ó nueve deposiciones diarias.

Por el examen visual se puede observar un edema considerable de las piernas y de los muslos. A la derecha, en la parte superior de la pierna, se ve una cicatriz, existiendo otra á nivel de la interlínea articular de la rodilla derecha. El vientre está algo abombado, con un poco de edema en la pared abdominal. La palpación de la región lumbar es dolorosa en ambos lados. Es imposible sentir los riñones. Se observa edema de los brazos y de la pared torácica.

En el corazón se encuentran ruídos precipitados, pero sin soplo alguno ni ruído de galope.

La auscultación de los pulmones muestra en las dos bases una disminución del murmullo vesicular, con algunos estertores subcrepitantes. En el tercio medio, la respiración es muy sibilante en los dos tiempos y en los dos lados, pero sobre todo en el derecho.

Esta mujer está á régimen lácteo hace ocho días, y se continúa cuatro días más. Los edemas y los vómitos aumentan. La diarrea disminuye por una poción con bismuto. La respiración es más difícil. La enferma orina muy poco. El análisis de las orinas de veinticuatro horas, hecho la víspera de la operación, dió el resultado siguiente : 80 cent. cúb. de una orina obscura, de color rojo-sombra, turbia y de reacción ácida.

Urea por litro, 14 gramos 976 centígramos.

Albúmina verdadera por litro (pesada) 2 gramos 30 centígramos.

Presencia de albuminosas y de peptonas en abundancia.

Sedimento: células epiteliales diversas y en bastante abundancia.

Hematíes.....	en pequeño número.
Glóbulos blancos.....	en pequeño número.
Cilindros mixtos.....	algunos.
— granulosos....	algunos.
— hialinos.....	bastante numerosos.

Pero sobre todo cilindros céreos en abundancia.

M. Domenique añade: «Los cilindros céreos parecen indicar una lesión renal ya antigua y siempre grave».

La temperatura, que oscila hace cuatro días entre 38°,5 y 39°,8, es de 39°,2 la víspera de la intervención. Este día los vómitos y la disnea son más pronunciados. Los edemas impiden á la enferma moverse en la cama.

El 18 de octubre de 1902 operación. Por estar la enferma boca abajo y respirar mal se le administra el cloroformo con dificultad.

Al incindir los dos lomos sale una gran cantidad de serosidad. Todos los tejidos están infiltrados. Los riñones aparecen aumentados de volumen, negruzcos ó granulosos. Se hace la decorticación con facilidad. Suturas de la piel y de los músculos en un plano por crines dispuestas en 8 de guarismo. Tubo de desagüe en ambos lados. Durante la operación la mujer permanece completamente cianótica, dando una gran cantidad de espuma por la boca y la nariz.

La intervención ha durado dieciocho minutos; diez para el riñon izquierdo y ocho para el derecho.

El despertar es penoso. La mujer tose constantemente. A las siete de la tarde parece que va á morirse de disnea; el pulso es irregular. Balón de oxígeno é inyecciones de cafeína y éter.

A media noche ha mejorado mucho.

La opresión es menos fuerte, el pulso es regular y más marcado.

Durante este primer día hay varios vómitos. Por la noche la temperatura es de 38°,2.

19 de octubre.—El estado general es mejor.

El edema sigue siendo enorme y más pronunciado; asciende hasta los grandes labios. Por la noche cafeína y morfina. Poción de Rivière contra los vómitos.

La temperatura es normal: 36°,8.

20 de octubre.—El edema disminuye notablemente, sobre todo en la mano y en el brazo izquierdo, pero también en la mano de-

recha y en los muslos. Los vómitos siguen siendo muy persistentes y abundantes; aún hay opresión. Por la noche cafeína y morfina. Temperatura, 36°,8.

21 de octubre.— Los edemas siguen disminuyendo. Los vómitos son menos frecuentes. Por la noche, después de una picadura de morfina, tiene un poco de delirio tranquilo. El pulso es fuerte.

Sangría de 300 gramos; la sangre es negra. Los vómitos son cada vez menos frecuentes. La operada toma leche y agua de Vichy. Tiene incontinencia de orina.

El 22 de octubre han desaparecido por completo los vómitos y casi del todo los edemas. La enferma toma leche con facilidad. Por la noche se encuentra bien. La temperatura es á los tres días normal. Todos los movimientos son fáciles por la desaparición de los edemas. La operada ya no pierde orina.

El 23 de octubre por la mañana reaparecen los edemas y se produce un poco de disnea. Después del medio día el estado general empeora, el pulso disminuye de fuerza y aumenta de frecuencia. La temperatura es aún normal. La enferma muere á media noche.

Autopsia á las treinta y seis horas de la muerte. Los edemas llegan hasta el muslo. Existen en las manos y antebrazos, pero faltan en la cara y tórax.

Las lesiones observadas en la pleura, pulmón, pericardio, epiplón y sobre todo en el riñón, el cual estaba casi destruído por la supuración y por sus abscesos diseminados, nos hace ver que la esperanza concebida en los primeros días, no podía de ningún modo realizarse.

Observación IV. *Nefritis hematúrica bilateral. Decapsulación* (Dr. Nicolich, de Trieste) (1). — N. F., de treinta y seis años de edad, frutero, hombre enjuto pero robusto. Tiene madre y se le murió una hermana de nefritis.

Ingresa el 22 de abril de 1904 en la sala del autor, por una ulceración del dedo gordo del pié; dos días después se enrojece la orina, quejándose el enfermo de dolores lumbares, más fuertes en el lado derecho; un poco de edema en los miembros inferiores y en los párpados. La orina de las veinticuatro horas, 800 cent. cúb., contiene mucha albúmina; al microscopio raros leucocitos, hematíes muy abundantes y algunos cilindros. El riñón derecho es perceptible y doloroso á la palpación; el izquierdo no es accesible.

(1) Dr. Nicolich: Association française d'urologie. Sesión del 22 de octubre de 1904, presidida por el Dr. Guyon.

El estado general se hace cada día peor, no ejerciendo influencia alguna el reposo, ni la dieta láctea absoluta. Durante algún tiempo se ensaya también con éxito el tratamiento yodurado.

Por el cateterismo de los dos uréteres practicado en una sola sesión, se obtiene orina hemorrágica en ambos lados, siendo la del derecho algo más roja.

El 22 de mayo se pone al descubierto el riñón derecho, se practica una decapsulación completa y se quita una pequeña cantidad de substancia cortical para el examen microscópico. El riñón está grande, congestionado, sangra mucho y se completa la operación como si se tratara de una nefropexia, dejando una mecha de gasa para desagüe en el ángulo inferior de la herida.

El día de la operación, la orina, 950 cent. cúb., es más roja que de ordinario y contiene una gran cantidad de cilindros; al día siguiente el enfermo hace 1.300 cent. cúb. de orina amarillenta; al microscopio se ven aún hematíes y leucocitos.

Desde este día la orina sigue amarilla, un poco turbia y la albúmina, que ya en la primera semana se redujo á 0'50 gramos por litro, acaba por desaparecer.

El 29 de mayo la herida está completamente cerrada, el enfermo no sufre y se encuentra muy mejorado.

Quince días después de la operación la orina sigue turbia, deja un sedimento de fosfatos y de leucocitos sin albúmina ni cilindros. El uso de la urotropina hace en pocos días la orina de color ambarino, de reacción ligeramente ácida, densidad 1.012 y cantidad 1.100 cent. cúb. en las veinticuatro horas.

El 28 de junio, en muy buenas condiciones, sale del hospital.

El 10 de octubre el enfermo viene á verme y le encuentro muy bien, á pesar de tener que trabajar para ganar su vida; la orina es transparente y sin albúmina.

En el trozo de riñón separado para examen microscópico, el Dr. Ferrari observa que algunos glomérulos son normales; otros, bastante numerosos, son más grandes, y que hay muchos hematíes entre las asas glomerulares y la cápsula. Se observa también hipertrofia del endotelio de algunas cápsulas. Muchos tubos contorneados están llenos de sangre, siendo el epitelio de ellos normal.

Mr. Ferrari cree se trata de una glomerulitis hemorrágica.

(Continuará).

REVISTA DE MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

SUMARIO: I. La crioscopia en la asfixia por sumersión. — II. Huellas de impresiones. — III. Sobre el valor médico-legal de los cristales de Barberio. — IV. Contusión del cráneo, confusión mental, histeroneurastenia. — V. Traumatismo y parálisis general. — VI. A propósito del peligro de vida en las cloroformizaciones. — VII. Sobre el eterismo.

I. El artículo que analizamos es una lección del catedrático Luis M. Cowley, recogida por su alumno Nicolás Vesa y Sausaricq (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 10 marzo 1908).

Cita primero los trabajos de Brouardel y Vibert sobre la fluidez de la sangre en los ahogados; estos autores numeraban los glóbulos rojos. Cita después los trabajos de Mario Carrara, al que corresponde, como ya demostramos en esta misma REVISTA, el mérito de haber aplicado á estos estudios el método crioscópico.

«Siendo el punto de congelación de la sangre de 0'60 bajo cero en un perro en el estado normal, en un animal de esa especie muerto por sumersión ha notado Carrara que la sangre del corazón derecho se congelaba á menos 0'42 y la del corazón izquierdo á menos 0'29; existiendo en tal concepto una dilución considerable de la sangre, notable, sobre todo, en el corazón izquierdo, en virtud de que la aurícula izquierda está en comunicación inmediata por las venas pulmonares con los pulmones, donde es absorbida el agua que ha penetrado en las vías aéreas.

»Como se deja traslucir á primera vista, no es indiferente para el organismo una dilución de la sangre que disminuye por mitad su concentración molecular, y la cual está llamada á jugar en la muerte debida á la sumersión un papel muy importante, modificando, como debe modificar, la dilución de la sangre, los cambios orgánicos y disminuyendo la actividad vital; cuyos últimos efectos bastan por sí sólo para producir la muerte de los animales, la que es fácil de provocar por la inyección intravenosa de una cantidad suficiente de agua destilada equivalente á 80 cent. cúb. por kilogramo de animal, capaz de diluir por mitad la sangre.

»Las experiencias de la Comisión de Londres han demostrado á

su vez que la muerte ocurre con más rapidez en el perro ahogado que en la misma clase de animal que perece á consecuencia de la sofocación.

»Después de lo expuesto, si bien aceptamos como demostrado que la muerte en la sumersión es la consecuencia de la asfixia, no estamos muy lejos de aceptar con los autores modernos que la acción nociva ejercida por el agua absorbida al nivel del pulmón sobre la sangre y los tejidos, concurra por sus efectos á precipitar su terminación».

II. El profesor Angelo De Dominicis (*Risveglio Medico*, año III, número 44, 1908), llama la atención sobre la posibilidad de poner en evidencia algunos indicios de impresiones de la mano, cuya demostración puede interesar en el diagnóstico del ahogamiento y de sofocación, y en general para el reconocimiento de acciones especiales; nos referimos á indicios levísimos de impresiones que se pueden revelar en el cadáver con el fin de reconocer sólo la forma de los pulpejos. Tales indicios de impresiones son específicos de la mano, puesto que permiten reconocerla como agente de violencia, pero son sólo genéricos desde el punto de vista de la identidad del autor del delito, puesto que son una cosa bien distinta de las impresiones digitales que, en otras condiciones, pueden ser demostradas con los finos diseños papilares. Estos dibujos papilares son hoy muy estudiados en policía científica (dactiloscopia) y en gran número de países se identifica á los reincidentes con fichas que contienen sólo las impresiones digitales; Bertillon, Reiss, G. Corin, y especialmente Eug. Stockis (1) han ideado métodos para revelar las impresiones digitales invisibles ó resaltar más las que lo son, que dejan los criminales en los lugares del delito, y así poderlos señalar. De Dominicis no estudia la cuestión bajo ninguno de estos dos aspectos, trata sólo de

(1) Eug. Stockis: Quelques procédés nouveaux pour révéler et fixer les empreintes digitales sur le papier. *Annales de la Soc. de Médicine légale de Belgique*, 1906. La recherche et l'identification des empreintes digitales. *Rivista di polizia giudiziaria scientifica*. Palermo, 1907, núm. 2. Quelques cas d'identification des empreintes digitales. *Arch. d'anthrop. criminelle*, 1908, página 257. Les lignes papillaires des doigts. *Liege medical*, 1908, núm. 48. L'identification judiciaire et le signalement international. *Revue de droit penal et de criminoolgie*, 1908, núms. 1 y 2. La dactyloscopie et l'identification judiciaire. *Annales de la Société de Médicine légale de Belgique*, 1908.

G. Corin y E. Stockis: Un cas d'identification par les empreintes digitales. *Ann. de la Soc. de Médecine légale de Belgique*, 1904. Sur un nouveau procédé pour reveler et colorer les empreintes digitales sur le verre. Idem, 1907; traducción española, de Lecha-Marzo, en *Clínica y Laboratorio*, septiembre, 1907.

revelar en un cadáver la forma de los pulpejos para saber así si fué víctima de determinadas violencias. Ha experimentado en el cadáver. En piel íntegra y seca, los dedos aprietan con fuerza hasta dejar una levísima huella de grasa. Sobre la región que se examina dejamos caer azul de índigo finamente pulverizado, y después de esto, soplamos bruscamente el polvo colorante. Podemos observar entonces una ligerísima huella de impresión del pulpejo, apenas sensible por estar un poco más coloreada que los tejidos vecinos. Si el pulpejo estaba embebido de alguna substancia untuosa, se puede evidenciar entonces la impresión mucho más claramente.

Esta nueva prueba descubierta por De Dominicis, deberá ser puesta en práctica especialmente cuando se vean sólo las impresiones de las uñas. Su sencillez la hace todavía más recomendable.

III. El Dr. Eug. Stockis ha publicado en la *Gaceta Médica del Sur de España*, que dirige el Dr. Velázquez de Castro (números de abril de 1908), un artículo sobre el valor médico-legal de los cristales de Barberio; en él hace conclusiones que difieren bastante de las emitidas por los autores que le han precedido en el estudio de la cuestión y por esto su trabajo ha de tener mucha resonancia.

La reacción de Barberio se obtiene con gran número de manchas espermáticas humanas, ya de varios años de antigüedad, bien expuestas á la acción del calor ó de los reactivos químicos. Sin embargo, en cierto número de casos falta totalmente, como le sucede á la reacción de Florence.

Cuatro de las nueve hermosas microfotografías que acompañan á este notable trabajo, la 3.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª, contienen largas agujas, copos, estrellas, gruesos cubos, fieltrajes de delgados filamentos ó arborizaciones, que se parecen—dice el autor—á ciertas formas que yo describí como cristales de esperma. Difieren bastante y yo recomendaba no tenerlas en cuenta en la práctica por los errores que pudieran originar (1).

Stockis ha obtenido los cristales de Barberio con el pus blenorrágico; cita también que yo los obtuve con esputos tuberculosos desecados. Fundado en estos dos resultados, niega que la reacción de Barberio sea específica del esperma humano.

«En resumen, se puede decir que, como reacción de orientación, la reacción de Barberio no presenta apenas ventajas sobre la reacción de Florence. Todo lo más, puede rendir servicios en los casos

(1) Véase mi Monografía: La identificación del esperma, pág. 63. Madrid, Administración de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, 1907.

de azoospermia y en el reconocimiento de la presencia ó de la ausencia de secreción prostática en el líquido uretral del cadáver».

IV. El Dr. J. Laurent, médico-experto en los Tribunales de Marsella, publica en la *Revue de Médecine légale* (director: E. Dabout, año XV, marzo, 1908), una interesante observación en la que es difícil dilucidar la patogenia de las manifestaciones patológicas que se sucedieron á consecuencia del traumatismo.

La mujer A. sufrió varias contusiones, especialmente una en la región frontal; no tuvo pérdida inmediata del conocimiento y siguió hablando con sus vecinos y ejecutando los trabajos ordinarios (*intervalo lúcido*). A la mañana siguiente fué conducida al hospital en estado comatoso. Se desechó el diagnóstico de conmoción cerebral traumática, porque ésta aparece inmediatamente después de inferido el traumatismo; no se le consideró tampoco como «fenómenos retardados de una conmoción cerebral». Tal estado debía depender de hemorragia lenta subduramaterina ó aracnoidea, sobre las que insistió repetidas veces el malogrado Brouardel. Laurent no pudo observar en el enfermo los signos patognomónicos de una fractura craneal; reconoce que la causa eficiente de esta pérdida del conocimiento tardía y prolongada es bastante rara.

El período de confusión subsiguiente merece también estudiarse. La mayor parte de los autores colocan al traumatismo entre las causas ocasionales. La cesación brusca de este estado de confusión no sería excepcional: Anglade señala la posibilidad en su artículo del tratado de Gilbert-Ballet.

La amnesia presentada por la enferma es una amnesia anterograda de fijación que principió muy verosímilmente en el momento de la pérdida del conocimiento y existe durante la confusión. Esta amnesia no se parece á la amnesia post-traumática clásica, que consiste en el olvido del accidente y de los recuerdos adquiridos durante un período más ó menos largo anterior y posterior á este accidente, lo más frecuente á la vez anterior y posterior al mismo. En la mujer A. nada sucedió de esto. El recuerdo del traumatismo sufrido y de las horas que le siguieron es perfecto. La laguna radica en todo el período de confusión estúpida en que los centros encefálicos se encuentran en un estado tal de torpeza que son incapaces de toda asimilación. La enferma, dice Laurent, ha presentado una amnesia anterograda, puesto que no tenemos otros términos para calificarla, «pero es en realidad una falsa amnesia porque el espíritu no puede perder el recuerdo de hechos que no fueron registrados».

El período de histeroneurastenia no ofreció nada de particular; probablemente la histeria será la nota dominante y definitiva. Hablando del porvenir de la enferma, recuerda la frase de Lasegue: todo enfermo que ha sufrido un traumatismo cerebral ha perdido su «virginidad cerebral» y está expuesto á accidentes de distinta naturaleza. Recordemos este sabio precepto, concluye J. Laurent, y huyamos de todo pronóstico incierto.

V. Paul Riviere ha estudiado en los *Annales d'Higiène publique et de Médicine légale* las relaciones del traumatismo y la parálisis general; su trabajo ha sido resumido por el Dr. Bravo y Moreno (*Protocolo Médico Forense*, mayo de 1908), que con tanto interés estudia también estas cuestiones.

A) En unos casos, cuando obra el traumatismo, la parálisis general se encontraba en plena evolución.

B) En el segundo grupo se colocan los casos en que la enfermedad se manifiesta algunos días ó pocas semanas después de recibido el traumatismo, y evoluciona ordinariamente con gran rapidez. Este comienzo precoz y evolución rápida permite afirmar que el proceso patológico era preexistente al traumatismo, pero este último le ha agrabado.

C) Por último, en la tercera categoría, se incluyen los casos en los que la parálisis general se presenta al cabo de varios meses ó aun de años. Esta relación de causalidad debe ser aceptada si el individuo se encontraba en buena salud habitual antes del traumatismo, si éste ha sido bastante ó suficientemente violento ó á lo menos ha determinado un choque nervioso intenso, si el tiempo transcurrido entre el traumatismo y la aparición de la enfermedad ha estado marcado por accidentes nerviosos ó psíquicos.

Aunque no está demostrado que el traumatismo basta por sí sólo para crear la parálisis general, los incluídos en este último grupo tienen derecho, desde el punto de vista médico-legal, á todas las ventajas como si se hubiese dado, científicamente, dicha demostración.

VI. Luigi Biamonti discute en la Sociedad de Medicina legal de Roma (sesión del 25 de febrero de 1908) una cuestión que ya había preocupado á la misma Sociedad en otra ocasión: A. Cortini sostuvo que debe declararse en peligro de vida á todo herido sometido á la cloroformización. Por el contrario, Biamonti rechaza la tesis anterior. El peligro de vida, según este autor, es un juicio de probabilidad que el médico debe emitir cuando su ciencia le demuestre que, en

los romanos, detallando la manera cómo se ejercía la Medicina en aquellos tiempos. Expone cómo hasta el siglo VI de Roma (III antes de J. C.), el ejercicio de la Medicina estuvo en manos de empíricos y curanderos, hasta que en dicha ciudad se estableció Archagatho, del Peloponeso, primer médico griego que ejerció durante el consulado de Lucio Emilio y Marco Livio.

La acogida que le dispensaron los romanos á este primer médico griego fué tan favorable, que el Senado le concedió el derecho de ciudadanía y una habitación que se pagó con los fondos públicos.

De todas las ramas de la Medicina, la oftalmología fué la que más se generalizó en Roma; los oculistas, unos se llamaban ocularii clinicii y otros ocularii chirurgi, tenían sus oficinas á donde acudían los enfermos y también asistían á casa de los pacientes.

En el capítulo segundo se ocupa de los sellos de los oculistas. Como los colirios eran de confección especial preparados con fórmulas secretas, la única garantía que tenía el público era la de que el medicamento fuese refrendado con el nombre del oculista. Esta inscripción se hacía con un sello que cada oculista poseía, que era de una piedra especial.

A estos sellos y á las inscripciones tumulares se debe el conocimiento que tenemos de gran número de oculistas de los tiempos de los romanos y hasta de los lugares donde ejercieron.

Los sellos se denominan por el nombre de los sitios donde han sido hallados, y los que tienen origen desconocido llevan el de la ciudad donde se conservan.

El autor analiza la disposición que tienen las inscripciones en los cuatro lados del sello, lo que verifica mediante varios grabados donde aparecen dichas inscripciones, que después el autor traduce al español.

Después detalla varios sellos, como los de Neris, Reims, Bavai, Leicester, Besançon, etc., traduciendo sus inscripciones, que aparecen bien claras en los grabados correspondientes, y sacando de cada uno de ellos interesantes deducciones respecto á las substancias y aplicaciones del producto sellado.

El capítulo tercero lo dedica exclusivamente al sello de Madrid. Este curioso ejemplar es el de *Caelius Diadumenus* y su poseedor fué D. Eusebio Valdeperas. Tiene forma cuadrangular y lleva un apéndice de la misma forma por encima de su diámetro mayor; la piedra en que está grabado es de color verdoso.

Las inscripciones tumulares de los oculistas romanos las trata el

autor extensamente en el capítulo cuarto. La mayoría de los conocimientos que poseemos de los oculistas del tiempo de los romanos se deben á hallazgos en tumbas con inscripciones y objetos pertenecientes á los que en ellas fueron enterrados.

Estas inscripciones son 23, todas las cuales se encuentran esparcidas en varias revistas, y el autor las expone detalladamente una por una con sus traducciones correspondientes, estudiando especialmente las dos encontradas en nuestra patria, ó sean las de Aguilar (Córdoba) y Chiclana (Cádiz).

El capítulo quinto lo consagra el autor á los colirios y á las denominaciones que les daban los romanos. Estos colirios estaban compuestos de multitud de substancias, habiéndose analizado uno de los encontrados en la tumba de un oculista galo-romano de Reims, por Duquernell, y comprobado que contenía cobre, hierro, plomo, cal, etc.

Se ocupa en el capítulo sexto de la manera de usar los colirios, ya pulverizados, ya disueltos en agua de rosas, vino, vinagre, aceite, etc., de los pinceles y espátulas, de las cuales se forma completa idea por los grabados que presenta, y de los vasos en que contenían los colirios líquidos. El número de vasos que hoy se conocen es muy reducido y se han encontrado en Atenas, Egipto, Catania, Hungría, etc.

El capítulo séptimo le dedica á la terapéutica que empleaban los oculistas en la época romana. Entre las especialidades, la oftalmología fué la que mayor interés despertó, y á ella dedicó Celso gran parte de sus libros VI y VII.

Las afecciones de los ojos eran consideradas como estados morbosos ó manifestaciones de un estado general y no exclusivo del órgano de la visión, así que el tratamiento era á la vez local y general.

El capítulo noveno lo dedica el autor á la cirugía operatoria, la que ejercían en tiempo de los romanos los chirurgici ocularii, hábiles operadores de cuyos métodos y procedimientos se conservan todavía algunos. Los artistas se ocuparon de perpetuar, por medio de pilastras, los actos operatorios de algunos oculistas romanos. Así, una pilastra cuadrangular descubierta cerca de Montier sur Saulx, y de la cual se forma una completa idea por el grabado que tiene la obra, representa un médico oculista de aquellos tiempos operando á un enfermo de alguna afección ocular. En el mismo capítulo se ocupa el autor de las operaciones que hacían los romanos, especialmente la del chalazón, ectropión, entropión, triquiasis, pterigión,

tumor y fístula lagrimal, hipopión, estafiloma, tatuaje y catarata.

En el capítulo décimo, destinado á la materia médica, estudia las substancias más usadas en la práctica oftalmológica en los tiempos de Augusto, especialmente del azafrán, el bálsamo de Judea, la hiel, la celedonia, la mirra, etc.

Los capítulos undécimo y duodécimo los dedica á las fórmulas de los colirios más usados entre los oculistas romanos, que, como los demás médicos, eran polifármacos, y las fórmulas están recargadas de muchas substancias medicamentosas. Expone la fórmula del colirio de Fluton, de Denis, de nardo, etc.

Una extensa y completísima bibliografía de cuanto se ha escrito sobre asuntos médicos en tiempo de los romanos, termina la importante obra del Dr. Castillo Quartiellers.

Felicitamos calurosamente á nuestro ilustrado compañero, autor también de «Los últimos días de la Isla Filé», por su interesante trabajo sobre la oftalmología en tiempo de los romanos, que ha venido á aumentar con una página gloriosa la Medicina patria, mereciendo se traduzca íntegra al alemán.

También merece nuestro más sincero aplauso el Dr. Max Neuburger, eminente profesor de la Universidad de Viena, por el esmero con que ha traducido la obra del Dr. Castillo, pues con ello se ha evidenciado una vez más el perfecto conocimiento que tiene de la lengua de Cervantes y el amor que siente por España, no perdiendo motivo ni ocasión que se presente para dar á conocer en su país cuantas producciones de interés se publiquen en el nuestro.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesiones de los días 6, 13 y 20 de Abril de 1908 (1).

Un caso de lesión traumática de los nervios radial y mediano. — El Dr. *Gayarre* presentó un enfermo, cuya historia clínica es la siguiente: Hace siete meses sufrió una herida por arma de fuego en el brazo derecho, con

(1) A partir de la sesión anterior quedaron suprimidas las extraordinarias de los viernes, por acuerdo tomado en Junta general.

fractura completa del húmero. Le pusieron tablillas para consolidar la fractura y al poco tiempo observó que no podía extender la mano, la cual sentía dormida (anestésica), ni mover los tres primeros dedos.

Estado actual. — Marzo 1908: Cianosis y frialdad de los dedos pulgar é índice que se hallan inmóviles, y de las dos últimas falanges del medio; uñas de estos dedos engrosadas y encorvadas. Todo contacto con el brazo prodúcele una extraña sensación en la mano, en la zona inervada por el mediano. Tiene atrofiadas las masas musculares de la cara anterior del antebrazo, conservándose la flexión sólo en el anular y meñique; la extensión verifícase, en cambio, por igual en todos los dedos. Músculos tenar paralizados, pero no atrofiados; sólo es posible el movimiento de oposición del pulgar, aunque no completamente. Músculos interóseos normales. No hay contracturas. Faltan los reflejos en la mano. Nervio cubital sensible á la presión junto al olécranon. Existe rigidez articular en la muñeca, codo y hombro.

Electrodiagnóstico. — Farádica: Punto de Erb excitable, lo mismo que el biceps, deltoides y el oponente del pulgar. El abductor corto del pulgar, ligeramente excitable. El triceps, supinadores y extensores, inexcitables. La sensibilidad eléctrica muy disminuída, excepto en la zona del cubital. Galvánica: Punto de Erb excitable. Se contraen el deltoides y biceps á 22 m. a., los interóseos á 10, el flexor corto y el abductor del pulgar á 20. No se contraen los supinadores, ni extensores del carpo, ni de los dedos. Los músculos que se contraen lo hacen lentamente y con inversión de la fórmula.

En cuanto á los nervios: inexcitables el radial y mediano á la corriente farádica y galvánica. Hay, pues, reacción de degeneración, aunque no típica, puesto que algunos músculos conservan la excitabilidad farádica. En los supinadores y extensores la r. d. es total; mejor dicho, han perdido por completo la excitabilidad eléctrica.

Sensibilidad. — En todo el pulgar é índice y en la tercera falange del medio, tanto en su cara anterior como en la posterior, falta la sensibilidad profunda y hay analgesia y termoanalgesia para todas temperaturas, aun las extremas. En el resto de la palma de la mano, inervado por el mediano, hay sensibilidad profunda, sensibilidad á las temperaturas extremas y hasta sensibilidad epicrítica (al contacto suave y temperaturas moderadas de 20° á 40° C.), aunque disminuída; pero no distingue las dos puntas de un compás, por muy separadas que se coloquen.

Consideraciones clínicas. — Merecen tenerse en cuenta los siguientes hechos: *a*) La falta de anestesia radial, á pesar de que la parálisis radial es completa; en efecto, no se observa en el dorso de la mano, inervado según todos los esquemas por el radial, ningún trastorno sensitivo, protopático ni epicrítico; tampoco existe el triángulo, insensible al pinchazo y sensible al contacto leve, que Head observó en el borde radial de la parte inferior del antebrazo, después de la sección del cutáneo externo, lo cual puede explicarse por la falta de lesión de este nervio en nuestro caso. Pero la falta de anestesia radial no puede achacarse á que la lesión del radial sea baja, porque está en el brazo, por encima de la salida del ramo cutáneo radial posterior. *b*) La falta de sensibilidad profunda en la zona

analgésica y termoanalgésica, á pesar de no haber sección de tendones y de hallarse intacto el nervio cubital; según Head, la sensibilidad profunda es debida á fibras aferentes que marchan por los nervios motores, y en la mano, dicha sensibilidad depende del cubital. En un caso de parálisis cubital de origen reumático (presenta el enfermo), notable por su rareza, en el que la sensibilidad del mediano está intacta, no hay trastorno alguno de la sensibilidad profunda de los tres primeros dedos, según puede verse; por consiguiente, estos casos no confirman dicha opinión de Head y Shewen, que admiten que la sensibilidad profunda de la mano está encomendada al cubital. *c*) La zona que ha recobrado la sensibilidad protopática es más pequeña que en las figuras de Head y en ella hay hipostesia, pero no anestesia epicrítica (el contacto del algodón se siente, pero menos que en lo normal); en el límite de esta zona el contacto del alfiler provoca dolor, hiperalgesia característica, según Head, de los nervios en reparación. También se sienten la quemadura y el frío, pero no sólo no provocan la sensación molesta (tringling) que este autor ha observado, sino que ésta es menos intensa que un sitio normal. Parece, por tanto, que las sensibilidades protopática y epicrítica son grados y no especies distintas de sensibilidad. La pequeñez de la zona que ha recobrado la sensibilidad protopática no puede explicarse admitiendo que esté intacto el ramo cutáneo palmar del mediano, porque la lesión de éste es muy alta. *d*) El diapasón no es sentido en los sitios en que está abolida la sensibilidad profunda y hay analgesia, contra lo que admite Head. *e*) Falta la sensibilidad eléctrica en sitios en que está intacta la cutánea, y aquélla no aparece sino cuando se contrae el músculo subyacente. *f*) En este caso parece debía haberse recobrado la sensibilidad protopática de los dedos, puesto que hace tiempo se recobró la de la palma de la mano y hasta parcialmente la epicrítica. Head sostiene que la sensibilidad protopática se restaura pronto y con bastante independencia de la longitud del nervio en reparación, es decir, que dicha sensibilidad debía haber reaparecido simultáneamente en los dedos y en la palma. *g*) Las lesiones tróficas: engrosamiento y lentitud de crecimiento de las uñas, cianosis y frialdad de la zona analgésica. *h*) La termoanalgesia completa. Este síntoma es raro en las lesiones de nervios periféricos. Oppenheim cita un caso análogo que se produjo una quemadura en la mano calentándosela á la estufa.

Pronóstico.—Grave, porque hay reacción de degeneración completa; mas tratándose de una lesión periférica de un nervio, es posible que la función se recupere, tarde ó temprano, una vez suprimido el obstáculo, causa de la degeneración. En algunos casos, como en uno de Busch, la motilidad se restauró al hacer la neurolisis del radial, que llevaba dieciséis años empotrado en un callo óseo; en un caso de Neugenbauer, la motilidad reapareció inmediatamente después de la neurolisis, hecho tan inexplicable como la aparición inmediata de la sensibilidad, en un caso del Dr. D. Juan Bravo, al día siguiente de la sutura del ciático.

Tratamiento.—El Dr. Goyanes se propone hacer la neurolisis del cubital y mediano (1).

(1) Según nuestras referencias, el 12 de abril hizo el Dr. Goyanes la neurolisis del radial y, no pudiendo suturar el mediano, colocó entre ambos cabos un tubo de mag-

Un caso de fractura del cráneo. — El Dr. *Slocker* presentó un enfermo, hombre adulto, empleado en una vaquería, que, á consecuencia de una disputa recibió un trauma directo en la región frontal lateral derecha con un bieldo. Perdió el conocimiento, empezó á sangrar por la nariz y herida frontal y en este estado le llevaron al Hospital de la Princesa: tenía desigualdad pupilar é hiperestesia generalizada. La hemorragia era el síntoma dominante, por fisura del frontal. Cohibió la epixtasis por taponamiento, trepanó la herida ósea, quitó una esquirla penetrante, ligó una arteriola meníngea, rama de la meníngea media, cohibió la hemorragia abundantísima del diploe á favor de compresión con gasa y suturó dejando desagüe.

El enfermo ha curado, teniendo como recuerdo una pequeña depresión ósea.

A propósito de los síntomas que pueden dar las fracturas del cráneo, citó el caso de un estudiante que, en las últimas algaradas, recibió un sablazo en la región temporoparietal derecha, padeciendo desde entonces ataques epilépticos que comenzaban por el lado izquierdo para luego generalizarse. A los tres meses del traumatismo le vió el disertante: tenía fractura con hundimiento, de la región supradicha, con integridad de la piel. Hizo trepanación y suprimió la compresión ósea; durante las veinte primeras horas todo fué bien, pero entonces volviéronle los ataques epilépticos, que comenzaron ahora por el lado derecho, al cual se limitaron las contracciones: indudablemente, al recibir el sablazo, cayó sobre el lado opuesto, fracturándose la lámina interna del parietal izquierdo, también, ó la excitación cerebral por el acto operatorio se irradiaba hasta la zona rolándica opuesta. El enfermo murió en un ataque.

El Dr. *Arredondo* recuerda el enfermo últimamente citado por el doctor Slocker: vióle al día siguiente de operado, en estado deplorable ya, con estertor traqueal, casi sin pulso y en coma completo y con crisis subintrantes de epilepsia jaksoniana derecha. Esto no pudo explicárselo, sino por compresión de la vía piramidal contraria, por los exudados quizá, pues una falta de cruzamiento de las pirámides es cosa rarísima, así como el hecho de una doble fractura parietal.

El Dr. *Slocker* cree que es mejor explicación de estos fenómenos la del doble traumatismo, según explicó.

Psicosis postepiléptica.—El Dr. *Sánchez Herrero* expuso el caso siguiente: Muchacho de catorce años, fuerte, ancho de espaldas, bien desarrollado, sin estigmas degenerativos y de rostro expresivo y simétrico. Este niño, epiléptico, ha sido tratado sin resultado en el Manicomio de Ciempozuelos. Conserva la inteligencia y el afán de inquirir y saber; respecto á la vida afectiva vive exclusivamente en el presente: no recuerda á sus padres ni á Ciempozuelos.

El disertante dice que no espera nada de la terapéutica farmacológica; sí, de la educación de su inteligencia. Para ello se sirve de un diccionario, un Larousse, que tiene ilustradas casi todas las palabras: le enseña una

nesio. En estos dos meses y pico que van transcurridos se ha modificado muy poco el estado de la mano, pero hay que tener en cuenta que la regeneración nerviosa en el adulto suele ser muy lenta. — (J. I.).

figura y le dice lo que es, su nombre, deletreándolo, para que entienda bien su pronunciación; el resultado es lento, pero satisfactorio.

La historia de este niño se reduce á haber padecido, desde sus más tiernos años, ataques matutinales, al tiempo de despertar, de mal menor; ausencias débiles, pero que le han llevado á una gran depresión mental. ¿Cómo explicarnos esto?

Las manifestaciones epilépticas llevan siempre el sello de lo trágico. La causa de la epilepsia esencial ha intrigado en todas las épocas: se pidió la explicación á la observación pura y ésta se inhibió; en vista de ello se recurrió á la experimentación y Nothnangel ha logrado producir ataques epilépticos, golpeando las paredes craneales de ciertos animales, que los hijos heredaban (!) La epilepsia es un angiospasmos, un calambre vascular, que no sólo produce inmediatamente la inhibición cerebral y sus trastornos correspondientes, sino que á la larga causa un estado depresivo permanente del cerebro, desde los sopores ó estados hipnológicos postepilépticos hasta la demencia. No de otro modo han obrado las isquemias repetidas en el enfermito cuya historia ha sido expuesta.

Bioscopia médica del tubo digestivo.—El Dr. *Kolbé* disertó sobre este tema, presentando multitud de rádiografías explicativas.

Comenzó diciendo que á ser posible, como para el tórax, la radiografía del vientre en una pequeña fracción de segundo, un quinceavo, v. gr., podría tenerse una serie de clichés representativos de los distintos tiempos de la digestión ó de un cólico hepático, por ejemplo; esto desharía quizá muchos errores tenidos como hechos, comprobaría muchos hechos, supuestos mejor que comprobados, y echaría los cimientos de una moderna fisiopatología. Más adelante se llegará á estos perfeccionamientos de técnica, pero hoy por hoy nos tenemos que contentar con la radiografía de exposición por lo que al vientre se refiere.

Mostró varias radiografías del esófago: una de ellas representa un divertículo ó saco lleno de la papilla de bismuto y hecho opaco á favor de ella; en otro la interrupción de la sombra en pico infundibuliforme señaló la existencia de una estrechez infranqueable, etc., etc.

A propósito del estómago, dijo el Dr. Kolbé que por la radiografía, ó mejor, por la radioscopia, nos podemos dar cuenta del estado de su movilidad y quimismo sin necesidad de recurrir á la sonda, por otra parte contraindicada en los ulcerosos, v. gr.; en efecto, el comercio vende unas cápsulas de una substancia especial que se disuelve en un medio líquido acidulado con el clorhídrico, tanto más rápidamente cuanto mayor sea la proporción de este ácido, llenas de subnitrato de bismuto; no hay sino comprobar en la pantalla fluoroscópica cuándo se extiende esta sal, para calcular cuánto tiempo ha tardado en digerirse la cápsula y qué cantidad de ácido clorhídrico contiene el jugo gástrico, por tanto.

Enseñó después radiografías de estómagos normales y patológicos; varios casos de estómago bilobulado, que dice ser enfermedad más frecuente de lo que se cree y que se confunde en la clínica con la úlcera ó la estenosis pilórica, según los síntomas predominantes; varios casos de tumor gástrico, reconoscibles por hallarse en blanco una zona más ó menos extensa que á estar normal hallaríase revestida de bismuto, y por lo tanto, opaca;

varios casos de úlcera, reconoscibles á su vez por un depósito de bismuto, opaco, por tanto, después de la evacuación gástrica, etc., etc.

Presentó á continuación varias radiografías del intestino grueso. El intestino delgado no puede ser radiografiado; apenas comienza la salida de la papilla de bismuto á través del píloro, aparecen las primeras sombras en el ciego; el paso por el yeyuno-íleon es casi instantáneo. Una de las radiografías mostradas señalaba una sonda rectal enrollada sobre sí misma en la cavidad del recto, simulando, por la cantidad de sonda introducida y sin el auxilio de la radiografía, un cateterismo de todo el intestino grueso por lo menos. Otra radiografía era la de un colon transverso caído, ptósico sobre la pelvis, recto y vejiga; un masaje intempestivo, hecho sin previa radiografía, para ayudar á cursar las materias fecales, había exagerado la acumulación de éstas en la ampolla cecal, por haber sido hecho como normalmente; de la ampolla cecal al recodo hepático del colon, de éste al esplénico, de éste á la fosa ilíaca izquierda y de ésta á la derecha, cuando precisamente el colon iba, en este caso, de la fosa ilíaca derecha á la izquierda.

La sesión fué más bien toda ella gráfica en suma, siendo al terminar sumamente felicitado el disertante.

Un caso de hematorraquis. Curación.—El Dr. *Valle y Aldabalde* expuso el siguiente caso clínico:

Hombre de treinta y un años, broncista, de Landrobe (Lugo), soltero.

Los padres viven sanos. Tiene un hermano y una hermana. Esta última padece desde septiembre de unos ataques con los que se perturba la razón. Tuvo otra hermana que falleció de anopsia maligna.

Antecedentes patológicos.—Padeció sarampión, viruela y blenorragia, que curó en tres semanas, sin consecuencias; tuvo tercianas á los veintidós años, en Filipinas, las cuales duraron veintisiete meses.

Padecimiento actual.—El 21 de septiembre de 1907 cayó de un puente de unos 5 metros sobre la arena de la playa, sintiendo muchos dolores en todo el cuerpo, pero sin perder el sentido; le metieron en la cama, y en los primeros nueve días tenía dificultad en la micción é imposibilidad absoluta de defecar, hasta que se le purgó. Podía mover las piernas, pero con dolores en las corvas. A los tres días de la caída se quiso levantar, pero no podía andar á causa de los dolores que se le presentaron á todo lo largo de la columna vertebral, desde la porción dorsal inclusive hacia abajo.

A los catorce días de la caída le llevaron al Hospital Militar. Entonces no tenía fuerza alguna en las cuatro extremidades. Nada de fiebre y seguía la dificultad en la micción y defecación. En dicho Hospital Militar (de Málaga), donde estuvo hasta el día 3 de noviembre, le prescribieron yoduro sódico al interior y tintura de yodo localmente. Después, en el Hospital Militar de Granada, donde estuvo hasta el 26 de diciembre, le administraron estricnina, quedando completamente paralizado de las piernas, con contractura y espasmos de sus músculos, de tal manera, que cuando entró en dicho hospital sólo podía andar apoyado en una persona y cuando salió no podía andar de ninguna manera. De Granada vino á Madrid, á su casa, en donde estuvó sin tratamiento hasta el 21 de febrero último en que ingresó en esta sala.

Estado actual en febrero.—Parálisis de los extensores de manos y dedos. Disminución de la sensibilidad dolorosa en las extremidades superiores y algo de exaltación de reflejos.

Extremidades inferiores: Contracturadas en extensión y adducción, costando muchísimo trabajo los actos de doblarlas y separarlas. Grandísima exaltación de los reflejos tendinosos; la percusión más suave y la menor tentativa de mover las extremidades, provocaba un clonus general de las mismas. Persistía la dificultad de la micción y de defecación y estaba además abolida la potencia desde unos tres meses antes. También estaba muy disminuída la sensibilidad al dolor. No había dolores. Rigidez en la nuca.

Tratamiento empleado.—Exclusivamente botones de fuego al espinazo, desde la mitad de la región dorsal á la mitad de la sacra, unas diez veces. También se pusieron dos veces en la región cervical sin resultado alguno.

Estado actual.—Diciembre: muy disminuída la rigidez del cuello. Recobrada la potencia; normalizadas la micción y defecación. Nada anormal en las extremidades superiores. Extremidades inferiores: exaltación de los reflejos rotulianos; abolido el cremastérico. Piés normales y muy bien conservado el del tendón de Aquiles. Puede andar hasta sin apoyo alguno, pero tiene más fuerza en la pierna derecha. Sensibilidad normal.

El Dr. *Fernández Sanz*, después de felicitar al Dr. Valle por el éxito obtenido y por la exposición tan clara y rica en datos que ha hecho, se muestra conforme con él en cuanto al diagnóstico, pues hematorraquis fué y no hematomielia; éstas, ó son sin importancia ó son incorregibles. Desde luego, el caso expuesto ha presentado un síndrome de mielitis transversa que podemos explicárnosle por compresión; ahora tiene un caso él, dijo el interpelante, que supone debe ser una fractura de la 12.ª dorsal ó 1.ª lumbar, pues hay sección *fisiológica* de la médula.

El Dr. *Valle* rectificó brevemente. Hay casos de compresión medular que curan y otros son incurables. Recuerda un caso de compresión de raíces del plexo braquial izquierdo, en el que se emplearon los botones de fuego sin resultado; el Dr. Goyanes le operó, no hallando adherencias, ni dislocaciones, ni compresión por meningitis serosa, ni nada, en suma. El enfermo estuvo muy malo después de la intervención, pero cuando se repuso estaba casi curado. Respecto al agravamiento producido por la estricnina en el caso hoy expuesto, no puede explicárselo si no es pensando en una irritabilidad de las células del asta anterior.

Un caso de sífilis cerebral precoz.—El Dr. Fernández Sanz: Todos los autores modernos señalan una fecha muy temprana de aparición de fenómenos cerebrales sifilíticos, á diferencia de los autores antiguos que colocaban los accidentes cerebrales en períodos de tiempo muy lejanos del día de la infección. Oppenheim admite hoy día que es en los primeros años cuando son de temer; Nonnill asegura que son muy numerosos en el primer año de la infección, y un discípulo de Fournier, cuyo nombre no recuerda, en su tesis doctoral presenta una estadística de 100 casos ocurridos entre los seis y dieciocho meses de la enfermedad. Pero ninguno tan precoz como el siguiente:

Muchacho de veintiún años, de familia sana; ha padecido la blenorragia hace tres años y curó en tres semanas. En mayo del año pasado adquirió la

sífilis, brotada y diagnosticada precozmente y tratada de un modo conveniente (fricciones é inyecciones de preparados mercuriales y yoduro al interior). A las dos semanas de haber aparecido los primeros síntomas, y en ocasión de estar lavándose, notó que le flaqueaba la pierna izquierda, se le cayó el jabón de la mano y sintió torcérsele la boca, quedando hemiplégico desde aquel instante.

El comunicante le vió á los tres días del ataque: tenía hemiplegia izquierda—miembros y cara—, más manifiesta en el miembro superior; éste se hallaba en semiflexión, y en extensión rígida el inferior. Los reflejos tendinosos y musculares se hallaban exaltados en el lado afecto, más el rotuliano en el lado sano. Babinski en el izquierdo. No había Oppenhein ni clonus del pié. Tampoco había trastornos sensitivos. Reacciones pupilares normales. No se quejaba de más dolor que una ligera cefalalgia. Presentaba, distribuídas en el cuero cabelludo y tórax, tumoraciones ulceradas de fondo anfractuoso y bordes despegados.

Diagnóstico.—Hemiplegia por lesión cerebral sifilítica.

Ahora bien, las lesiones cerebrales sifilíticas pueden ser vasculares, meníngeas ó neoplásicas. En este caso particular, por su aparición brusca y la ausencia de fenómenos irritativos, cree es una lesión de orden vascular: ó reblandecimiento por trombosis ó hemorragia por rotura, pensando siempre en una endo-arteritis sifilítica previa. Se inclina á que sea hemorrágica la lesión por haber empezado la hemiplegia por la pierna, siguiéndole el brazo y cara después, y tener el centro cerebral de aquélla un riego de la cerebral media, distinto del riego de los otros centros que se nutren de la silviana.

Pronóstico.—Grave por tres motivos. Por ser sífilis maligna—precoz—por ser lesión arterial y por ser el órgano atacado el cerebro.

Tratamiento.—Recomendar insistencia en el tratamiento mixto. La mejor manera de administrar el mercurio le parece las inyecciones intramusculares de aceite gris al 10 por 100. Propúsole la punción lumbar, más como medio diagnóstico y pronóstico que como tratamiento, pero no fué aceptada.

A propósito del valor diagnóstico de la punción, citó el siguiente caso: Muchacha de catorce años, que se quejaba de un continuo dolor interescapular. Hacía dos años había tenido parálisis cuadriplégica. Ahora, con motivo de la aparición de las reglas, tuvo fiebre y una serie de trastornos que la obligaron á guardar cama quince días; cuando se levantó tenía parálisis flácida de las extremidades inferiores y exageración de reflejos; á la presión, dolor entre las dos paletillas; hiperestesia cutánea, *in situ* pero no deformación vertebral. Andaba bastante bien y no tenía Babinski. En cambio tenía zonas de hiperestesia ovárica, precordial y en el vértex. Todos creíanla histérica. Hizo la punción lumbar, obteniendo 20 centímetros cúbicos de líquido que salió á tensión enorme, por lo cual cree en una meningitis sero-enquistada ó en un tumor extramedular, pero intrarraquídeo.

El Dr. *Valle y Aldabalde* hizo resaltar el interés del caso, del cual pueden sacarse dos consecuencias: 1.ª, que la sífilis cerebral es susceptible de producir lesiones irremediables muy precozmente, y 2.ª, que es preciso, desde el

primer momento, emplear un tratamiento enérgico y eficaz, sin desesperar nunca. En cuanto á los casos dudosos, insistir durante tres meses por lo menos; si al cabo de dicho tiempo no se ha obtenido ventaja alguna, es lícito desistir del tratamiento específico.—J. Irueste.

II CONGRESO ESPAÑOL DE CIRUGÍA

Celebrado en Madrid del 11 al 16 de Mayo de 1908.

(Continuación)

Manchas corneales producidas por el nitrato de plata. — El Dr. Márquez (*Conclusiones*): 1.ª El uso intempestivo del nitrato de plata, y el no emplear las necesarias precauciones (lavado abundante, neutralización con cloruro sódico para quitar el exceso de cáustico, produce en la córnea unas manchas blancas de albuminato y cloruro de plata.

2.ª Estas manchas son indelebles con los tratamientos habituales.

3.ª Con motivo del caso que presento al Congreso se me ha ocurrido un tratamiento que no creo que nadie haya puesto en práctica hasta la fecha, y que me ha dado admirables resultados. Consiste en el empleo del hiposulfito sódico que, como es sabido, disuelve el cloruro y el albuminato de plata. Cocainizado fuertemente el ojo para reblandecer el epitelio corneal y permitir el paso de la substancia en el espesor de la córnea, he ordenado tres baños oculares al día con la solución de hiposulfito al 5 por 100, de diez minutos de duración, en uno de los ojos, dejando la mancha del otro como término de comparación. Según ha podido verse, la transparencia de la córnea hace por este medio rápidos progresos y la enferma está en vías de curación, mientras que la mancha del lado opuesto permanece estacionaria.

Me propongo tratar después este último y publicar los resultados.

Advertencia. — La vez primera, el tratamiento consistió en cocainizar fuertemente, y después en raspar *muy superficialmente*, la superficie corneal con el borde romo de un cuchillete, desprendiéndose así el epitelio en grandes extensiones, y por último, en dejar caer un chorro abundante de la solución de hiposulfito. Durante el primer día los dolores fueron algo intensos (una vez pasada la acción de la cocaína), á consecuencia de la esfoliación epitelial. En los días siguientes el tratamiento se hizo en la forma antes dicha.

Dos cuestiones relacionadas con la operación de la catarata. — El Dr. Márquez (*Resumen*): 1.ª Es una cuestión *previa*, antes de operar, subdividida en dos, que conviene vulgarizar entre los médicos generales:

a) El diagnóstico de la *existencia* de una catarata puede hacerse por el médico no especialista valiéndose tan sólo del espejo oftalmoscópico, iluminando por reflexión la pupila del observado y mirando á través del orificio del espejo. Si se colorea uniformemente la pupila de rojo más ó menos pálido, no hay catarata. En caso de existir, ésta proyecta su sombra negra sobre dicho fondo rojo.

b) La *operabilidad* de la catarata se diagnostica también con el espejo. Si el enfermo distingue la luz de la obscuridad, y además precisa de qué lado viene la luz, la catarata es operable. En el caso contrario es inútil la operación, por existir lesiones de mayor ó menor importancia en las membranas internas, y exponemos, por lo tanto, al enfermo á los peligros de una operación sin probabilidades de éxito funcional.

2.ª Es una cuestión *consecutiva*, y se refiere á la corrección óptica del ojo después de operado. Hay dos cuestiones que ha de resolver el especialista:

a) Una, muy importante, que se refiere á la corrección de la *afaquia*, ó sea de la falta del cristalino extraído. Es lógico que, puesto que se ha extraído del ojo una fuerte lente biconvexa, hay que sustituirla haciendo llevar al operado un fuerte vidrio biconvexo equivalente.

b) Pero no es esto sólo. La incisión hecha para extraer la catarata del globo ocular, deforma éste, produciendo el *astigmatismo postoperatorio*. De mis propias observaciones, que confirman las de los muy pocos que han investigado personalmente este asunto, deduzco la enorme importancia que en la mayoría de los casos tiene tal deformación, y por consecuencia que, además del vidrio esférico convexo, corrector de la afaquia, es preciso combinar con él el cilindro corrector del astigmatismo, para igualar la refracción del ojo en los diferentes meridianos. Por olvidar esto último, que es importantísimo, muchos enfermos bien operados no obtienen el resultado que debieran y se encuentran descontentos de sus hábiles operadores. Es preciso, pues, que éstos completen su obra graduando bien los cristales de sus operados, y esto no puede hacerse con exactitud sin el oftalmómetro de Javal. Sólo no habiendo manejado jamás éste se concibe la afirmación absolutamente errónea hecha en una obra reciente de Oftalmología, de que «el astigmatismo postoperatorio es muy débil ó ha desaparecido por completo á los dos meses».

Ahora bien: esto no puede dejarse pasar en silencio, porque es un error de bulto, lo cual estoy dipuesto á demostrar, como ya lo he hecho muchas veces, en presencia de los asistentes á mi clínica, ya en mis operados, ya en los de otros operadores.

Sutura de la arteria ilíaca externa. — El Dr. *Ortiz de la Torre* manifestó que esta intervención que, á juicio del comunicante, es la primera vez que se ha practicado, se llevó á cabo con motivo de una herida incisopunzante situada á unos cuatro centímetros por encima del arco crural.

A los dos meses de surgido ese traumatismo, y después de haber sido tratado el enfermo mediante reposo, compresión y alguna punción, se apreciaba una tumoración en la parte inferior izquierda del abdomen que empezaba por abajo en la línea de Poupart y llegaba por arriba hasta cerca del ombligo; esta tumoración latía, y en su segmento más bajo se percibía con toda claridad el thrill aneurismático; soplo sistólico y diastólico y ausencia de latidos en la femoral y pedia, datos que fundamentaron diagnóstico de hematoma pulsátil ó falso aneurisma de arteria pélvica, probablemente la ilíaca externa.

La intervención consistió: 1.°, en laparotomía media supra é infraumbilical para compresión de la aorta y limpieza de la superficie abdominal correspondiente al enorme hematoma formado por los coágulos de sangre

emanada de la sección de la arteria; dicho hematoma había levantado el peritoneo parietal de la fosa ilíaca izquierda empujando los intestinos hacia arriba. La aorta fué accesible y pudo comprimirse á la altura de las renales, y en este punto se colocaron los dedos de un ayudante; 2.°, incisión sobre el ligamento de Poupart, como para la ligadura extraperitoneal de las ilíacas; incisión del tumor sanguíneo y extracción de los coágulos y sangre líquida que, en volumen de cerca de un litro, tenía el hematoma; 3.°, descubrimiento de la arteria herida, que se hallaba pegada al peritoneo parietal, desprendida en su parte inferior con éste, cerca del borde anterior de la incisión.

A unos tres centímetros del arco crural aparecía la herida arterial, como de un centímetro, paralela al eje del vaso y situada en su parte externa. Dicha herida se suturó con catgut, á punto por encima, comprendiendo todo el espesor de las paredes del vaso y procurando tomar la más pequeña cantidad posible de bordes de la arteria al pasar los puntos, para evitar un estrechamiento del calibre de la misma. Otro plano de sutura, comprendiendo sólo la túnica superficial del vaso, aseguró la hemostasia, y otro tercer plano, que unió la arteria al peritoneo flácido, desprendido por el hematoma, sirvió para que, al volver los órganos á sus relaciones normales, quedara la arteria más protegida.

El curso postoperatorio fué normal y la curación y restablecimiento funcional, completo.

Con éste son cuatro los casos de sutura arterial practicados por el doctor Ortiz de la Torre en vasos de importancia; dos de ellos en la femoral y otro en la humeral.

Gastroscopia en la gastroenterostomía. — El Dr. *Ortiz de la Torre* dijo que los reconocimientos que se hacen á través de todas las túnicas del estómago para darse cuenta de lesiones existentes en la mucosa gástrica (úlcera, cáncer, estenosis pilórica), son muy inciertos. La introducción de los dedos á través de la brecha preparada para la gastroenterostomía, es peligrosa por lo que se refiere á la asepsia operatoria. Para ver la mucosa gástrica rápidamente y con los menores riesgos, son útiles los tubos rectoscópicos. He ahí cómo pueden utilizarse en el acto de una gastroenterostomía. Hecha la sutura seroserosa posterior gastroyeyunal, se introduce á través de la abertura estomacal, practicada en sitio á propósito para hacer la anastomosis, un tubo rectoscópico del calibre mayor (2 centímetros) y de longitud mediana (unos 20). Un ayudante alarga al operador el mango de Casper, ya iluminado y envuelto en un paño esterilizado; enchúfese el mango al tubo y comiéncese la inspección: con la mano izquierda se sostiene el tubo en la posición deseada, ciñéndole con los mismos bordes de la incisión gástrica y evitando así derramamiento de líquidos; con la derecha se maneja el mango y se dirige la iluminación. Sacado el instrumento explorador, se continúa la gastroenterostomía. Si esta exploración se hiciera tan sólo con objeto diagnóstico, la técnica sería más sencilla, pues podría hacerse simplemente la abertura del estómago por su cara anterior supracólica, que se cerraría luego con suturas oportunas.

Fijación escápulohumeral del húmero sin artrodesis. — El Dr. Olliete (de Valencia): Las parálisis espinales de los niños suelen restaurarse rápida-

mente en el miembro superior. En los casos en que la reparación es incompleta, se acantona la parálisis en los músculos del muñón del hombro, principalmente al deltoides y más raramente á los espinosos, principalmente al superior. Como consecuencia de ello, si no se pone rápido remedio, vense atrofiar lentamente todos los músculos del hombro y brazo.

Las razones para que el deltoides sea el músculo preferido por la parálisis, estriban en que, siendo este músculo el elemento activo de sostén del miembro, su parálisis irá seguida de un estiramiento del mismo, y á la hipotrofia inherente al período paralítico se añade la acción destructora de ese estiramiento ocasionada por la gravitación de la extremidad, y cuando llegue la rehabilitación funcional muscular se encontrará el músculo mentado en peores condiciones que los demás, pues por las razones antedichas, caminó en sentido degenerativo mucho más rápidamente que ellos, á igualdad de tiempo de parálisis.

Tales lesiones, tratadas de diversos modos (aparatos ortopédicos, artrodesis), que todos ellos anulaban grupos musculares activos y sanos (húmeropectoral y escápulohumeral), pueden remediarse mediante el procedimiento siguiente, cuyo objetivo esencial estriba en fijar con medio, no rígido, el húmero á la escápula, utilizando á este fin el tendón largo del biceps. De este modo es posible el movimento de pendulación activa del miembro mediante los músculos sanos de la escápula y pectorales; sólido el punto de apoyo del húmero sobre la escápula para hacer posible la flexión del antebrazo y con ello conseguir para la mano un área de movimientos mucho mayor que la obtenida por artrodesis.

La operación consiste: 1.° En desprender el tendón largo del biceps de la corredera bicipital y seccionarle en un punto lo más próximo posible á su inserción superior en la escápula. 2.° En taladrar la cabeza del húmero de abajo arriba y de afuera adentro, partiendo de la entrada de dicha corredera bicipital. 3.° En practicar un puente condro ósteo perióstico en la cavidad glenoidea en el punto superior del esqueleto óseo de dicha cavidad (punto subcoracoideo). 4.° Prolónguese ahora el tendón mediante un cordonete de seda parangonado á la manera de Lange é introdúzcanse los cabos de la seda por el túnel humeral y por el puente glenoideo, volviendo de nuevo á pasar siguiendo un trayecto retrógrado por el expresado túnel, saliendo por el punto de entrada en el mismo. Con ayuda de ese cordonete se hace pasar el tendón por el trayecto expresado y los cabos de aquél se suturan al punto de arranque del tendón en su vientre muscular. 5.° Despréndase el tendón de la porción cervical del trapecio de sus inserciones acromioclaviculares y prolónguese según el expresado método de Langue. Hágase un puente perióstico sobre la impresión deltoides y fíjese allí la prolongación artificial del trapecio.

La epifisiolisis en el tratamiento del genu valgum de los adolescentes. — El Dr. *Olliete* (de Valencia) considera al enderezamiento forzado superior á las osteotomías; el ahorro de toda complicación séptica posible, el actuar precisamente sobre el punto inicial de la desviación y la rapidez de la cura, son otras tantas ventajas del procedimiento incruento sobre las operaciones óseas. Prevenida toda infeccion que en foco cerrado pudiera sobrevenir teniendo cuidado de limpiar cuidadosamente todo el miembro, no se corren

los riesgos de introducir gérmenes con los instrumentos. Los accidentes ocasionados por una desviación del escoplo y la relativa facilidad en producirse callos deformes y algunas veces detención del crecimiento del segmento femoral inferior por lesión directa ó indirecta de la epífisis, queda á cubierto con la epifisiolisis, pues la separación de los fragmentos es apenas sensible; el deslizamiento de la epífisis sobre la diáfisis es el que corrige la desviación, y precisamente, actuando en la región yuxta-epifisaria, punto donde tomó origen la deformidad en la adolescencia.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Dilatación rápida y artificial del cuello en el embarazo. — En el *Boletín del Colegio Médico de la Provincia de Santander* publica el Dr. D. Joaquín Cortiguera lo siguiente:

«No todas las mujeres disponen de un organismo tan bien templado que puedan desafiar impunemente el embate de la función puerperal, que tan radicalmente cambia las condiciones fisiológicas del cuerpo humano, y, por esta razón, se exponen á multitud de colisiones funcionales que, frecuentemente, resultan funestas para ambas vidas: materna y fetal.

Las alteraciones normales de la sangre, en su cantidad y calidad, los trastornos circulatorios y tróficos que en los órganos más importantes ocurren, el exceso de función al que se ven compelidas las glándulas escretoras, los quebrantos de origen reflejo y los impedimentos de orden mecánico, cambios son que, sin contar con las consecuencias traumáticas del parto, que ponen en abierta comunicación al organismo materno ó al fetal con el mundo microbiano, dejando anchas y múltiples avenidas de perniciosa inmigración, colocan á la mujer en continuo é inminente riesgo de perder su vida cuando una inteligente dirección artística, ó una trama orgánica privilegiadamente dispuesta para un intenso metabolismo, no vienen á prestarle su benéfico auxilio.

Por estas razones, cuando una grave enfermedad amenaza seriamente á la mujer encinta, surge en la práctica la delicada indicación de interrumpir el embarazo rápidamente en beneficio de la madre y sin perjuicio racional del feto, que al fin sucumbiría casi ciertamente dentro del vientre. La eclampsia, los vómitos incoercibles, la pielonefritis y las nefritis, las lesiones orificiales del corazón no compensadas, las estrecheces de la pelvis y otras varias enfermedades se encuentran en este cuadro y nos obligan á intervenir pronta y resueltamente si queremos salvar, ya que no los dos, uno al menos de los seres en peligro.

Durante muchos años no hemos dispuesto de un medio adecuado para esta operación, y estaba reservado al Dr. Bossi, Profesor de Génova, el hallazgo de un aparato que hasta hoy es el más adelantado y que, aparte algunos inconvenientes subsanables, presenta sobre los anteriores, y aun

los contemporáneos, notables ventajas por su rapidez, su eficacia y su asepsia. Bastante empleado en Italia, y mal recibido en Francia, débese á la tenacidad laudable de su autor y á la buena voluntad de algunos profesores alemanes, Leopold sobre todo, quienes han visto y preconizado sus buenos efectos, el renombre que justamente va ganando.

De los remedios internos, de las irrigaciones y duchas, la electricidad y otros medios análogos nada hay que decir por ineficaces y aun por peligrosos. La sonda de Krausse es buena cuando no hay verdadera urgencia; pero siempre hay que contar con susceptibilidades especiales desconocidas de antemano en cada mujer. De cualquier modo, tarda días en presentarse el parto, y, por lo menos, varias horas, y en todo ese tiempo es peligroso olvidarse de algún detalle de asepsia. Los diferentes globos de goma ó de tejidos impermeables son inconvenientes por quebradizos y sépticos; los de Champétier y el de Boinard son mejores que los de Barnes y Tarnier, pero no son tan rápidos en su acción como el de Bossi, y la ventaja de no producir hemorragia queda compensada hasta cierto punto con el inconveniente de desviar la presentación y producir alguna vez el desgarre del cuello. El dilatador de Tarnier, metálico, es más bien un excitador que ha de interrumpir de vez en cuando su aplicación para que no contunda el cuello, lo que hace pasar muchas horas. Las incisiones son las que pueden competir en rapidez y aun aventajar al dilatador de Bossi; pero no son tan inocuas si son profundas y sólo se aplican á cuello ya borrado, no al cuello entero, porque entonces serían casi una cesárea vaginal.

El aparato de Bossi me parece el mejor de todos. Es fácil de aseptizar y de aplicar; dilata el cuello hasta once ó doce centímetros en media ó una hora, según se trate de primíparas ó de multíparas y según los tejidos de cada individuo; puede aplicarse con el cuello borrado y con el cuello entero; no siempre produce desgarre, y yo nunca le he visto de importancia; he taponado en seis enfermas, pero en algunas creo que hubiera pódido prescindir de este requisito sin gran peligro de hemorragia. La cantidad de sangre perdida durante la operación es variable y siempre mayor, desde luego, que en el parto natural; pero sólo me ha parecido grande en dos casos, y nunca ha llegado á ponerme en compromiso. Ha de exceptuarse de este cargo el caso de una enferma de placenta previa, en el que sucumbió la mujer sin que me pareciese á mí muy copiosa la hemorragia; la enferma había perdido antes de la operación, no había en la casa elementos apropiados para reemplazar los líquidos perdidos y devolver al corazón sus energías, y, en casos análogos, ha visto todo práctico esa terminación, sin que pueda culparse de ello al acto operatorio. Es, en fin, tan rápido el parto como con una cesárea vaginal, y menos grave que esta operación y que la abdominal.

Pueden mejorarse sus defectos, dándose menos prisa para obtener la dilatación completa; tardando una hora creo que puede evitarse una buena parte de la hemorragia, y el desgarre en muchos casos. Yo, desde hace treinta años, he tenido ocasión de emplearlo diez veces, y casi siempre he terminado la extracción del feto y aun la de la placenta en una hora, tres cuartos de hora y hora y media, correspondiendo á la dilatación media hora, tres cuartos y una hora como máximum; posible es que no hubiera

registrado desgarre alguno ni hemorragia de cierto valor si hubiera procedido más lentamente. Mis aplicaciones han sido hechas en:

Una pelvis estrecha é irregular, á los ocho meses, con ocho centímetros de conjugado.

Una retención placentaria por espasmo del anillo de Bandl.

Una autointoxicación gravídica, á los cinco meses, con congestiones hepática y renal, muy poca orina, pulso irregular y frecuente, ictericia, etc.

Una pielonefritis, á los cinco meses, con enormes cantidades de pus, grave intoxicación gravídica, pulso irregular, frecuente y muy débil que con nada se aliviaba.

Otra pielonefritis, á los cuatro y medio meses, con grave autointoxicación, pulso frecuente, débil é irregular, con síncopes amenazadores.

Una pelvis estrecha, á los ocho meses, regular en todos sus diámetros, que había dado lugar en un parto anterior á una aplicación de forceps en extremo difícil, después de dos días de fuertes contracciones y niño muerto.

Una eclampsia en primípara, á los seis meses, con fuertes y repetidos accesos seguidos de coma profundo y acompañado de abundante albuminuria y grandes edemas.

Otra eclampsia semejante á la anterior, con aglutinación de los bordes del cuello á término que obligaron á incindirlos para poder aplicar el dilatador.

Una placenta previa, á los ocho y medio meses, casi central, en la que por circunstancias especiales tuve que optar por el parto rápido y forzado con el dilatador sin esperar á ver los efectos de la rotura de las membranas.

Y, por último, un caso de hidramnios agudo, á término con ahogos y lipotimias y anuria casi completa, asfixia de la piel, etc.

En resumen, estos diez casos justifican, en concepto mío, la preferencia que merece el dilatador de Bossi sobre otros aparatos y métodos para la obtención del parto rápido y forzado. Es necesario aplicarlo solamente en casos de grave alteración de la madre, ya sea por enfermedad que amenace en breve término su vida y la del feto, ya que exista un obstáculo mecánico importante para la realización del parto por las vías naturales; en cualquier caso, ha de haber fundadas esperanzas de que el parto artificial devuelva la salud á la madre en toda época del embarazo y que no se merme la del feto en los dos ó tres últimos meses, es decir, en la de su viabilidad. Al hacer la dilatación, ha de llevarse hasta uno ó dos centímetros por encima del valor probable del diámetro biparietal del niño, porque hay que contar siempre con un centímetro de pérdida después de quitar el aparato; y es necesario preparar una extracción fácil á través del cuello algo retraído. Debe conducirse la dilatación con lentitud, y nada importa emplear una hora en llegar á la que se juzgue necesaria en cada caso concreto á término; menos, naturalmente, en lo primeros meses. Conviene variar los puntos de aplicación de las ramas dilatadoras dos ó tres veces para evitar, en lo posible, la hemorragia y el desgarre». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Mayo de 1908 (1).

De las perforaciones intestinales en el curso de la fiebre tifoidea.—El doctor CHANTEMESSE: Cuando la perforación intestinal en el curso de la fiebre tifoidea comienza por manifestaciones de peritonitis bruscas, claras y francas con retracción abdominal limitada y estos signos no se atenúan al cabo de pocas horas, se está autorizado para intervenir quirúrgicamente sin esperar las grandes modificaciones del pulso ó los vómitos. Cuando estos síntomas son mucho menos acusados y dudoso el diagnóstico, es necesario saber esperar y utilizar el nucleinato de sosa y la supercalefacción artificial del abdomen. En caso de intervención quirúrgica, la incisión debe hacerse en la línea media, de modo que se puedan colocar verticalmente los tubos de desagüe esenciales, los que permiten vaciar por aspiración la cavidad de Douglas, donde se reunen los líquidos de la peritonitis en evolución. El cirujano debe buscar la perforación, cambiando lo menos posible la posición actual de las asas intestinales, puesto que ya están organizados los fenómenos de resistencia, los depósitos de fibrina y los embriones de falsas membranas para inmovilizar el intestino y limitar la infección; es necesario respetar, mientras sea posible, las adherencias en vías de organización. Los enfermos que he visto curar después de la operación, siempre han sido aquellos en que el cirujano había variado menos la situación de las asas. Después de la sutura intestinal, rodeada si es posible de epiplón, el enfermo debe ser colocado en su cama de modo que los líquidos intestinales puedan coleccionarse por su propio peso en la cavidad de Douglas, de donde se extraerán dos veces al día. Queda una medida de prevención. Desde la primera amenaza seria de perforación y antes de que llegue el cirujano, es útil practicar siempre una inyección de 50 centígramos de nucleinato de sosa. La reacción provocada por esta substancia podrá suspender los síntomas alarmantes y facilitará la misión del cirujano en caso de intervención. Después de la operación la supercalefacción intermitente del abdomen, capaz de aumentar las condiciones de resistencia de la serosa peritoneal, prestará grandes servicios.

De la raquiestovainización. — El Dr. BRUNNIER: En mi enfermería se han practicado 201 raquiestovainizaciones, de las cuales sólo tendré en cuenta 87 que yo he practicado ó presenciado. La dosis de estovaína inyectada entre la tercera y la cuarta vértebra lumbar ha sido de 5 á 8 centígramos. En una primera serie de 52 enfermos, he observado diez veces elevación de la

(1) En los días 15 y 22 de abril no hubo sesión y la del día 29 se levantó en señal de duelo por la muerte del Dr. Terrier.

temperatura, vómitos y cefalalgia, durante veinticuatro ó treinta y seis horas; cuatro veces retención de orina, que ha persistido cinco días; doce veces lipotimias; una vez dolores en las piernas con parálisis vesical y rectal durante tres días. En otra serie de 26 enfermos he tenido ocho casos de retención de orina de poca duración, cinco casos de cefalea intensa con elevación térmica y un caso de parálisis absoluta de los esfínteres durante cinco semanas; un caso de lipotimias repetidas y prolongadas, y un caso de muerte ocurrido seis minutos después de la inyección en una mujer de sesenta y dos años, á la que ya se le había practicado la histerectomía por un prolapso uterino y á la que se hacía un mes más tarde la perineorrafia. Los inconvenientes y peligros de este método me han determinado á no emplearlo nunca más.

El Dr. Bazy: Tengo muy poca experiencia personal acerca de este método. Conozco un caso de raquicocainización que fué seguido de muerte durante la operación. En seis raquiestovainizaciones que he visto practicar, se han observado dolores, malestar, palidez y una anestesia incompleta. En mi opinión este método no está indicado más que cuando no se puede emplear la cocainización local ó la cloroformización.

Cuerpos extraños del abdomen. — El Dr. Richelot: Esta observación, que nos ha sido enviada por Loze, se refiere á una mujer con apendicitis en frío. El cirujano, cuyo nombre me es desconocido, hizo la apendicectomía y dejó al lado de la enferma un ayudante, recomendándole que colocara cada día en la herida una compresa de gasa, semejante á la que él había colocado después de la operación. Así se hizo durante treinta y cuatro días; la herida se cerró y durante tres años no ocurrió ningún incidente. Al cabo de este tiempo la enferma volvió al hospital para hacerse extraer una aguja que tenía entre los metacarpianos. La extracción fué seguida de una linfangitis del miembro superior y poco tiempo después de accidentes abdominales dolorosos en la fosa ilíaca derecha; apareció una tumefacción y un punto fluctuante; se incindió y salieron algunas gotas de serosidad turbia y..... una compresa de gasa que estaba modelada sobre las asas intestinales. En los meses siguientes fueron eliminadas así 33 compresas de gasa semejantes, y finalmente sólo quedó una fístula estercoral. Esta enferma era morfinómana y tuberculosa desde dos años antes.

De la inmovilización menos duradera en cama de las laparotomizadas. — El Dr. Faure: Desde algunos años á esta parte ciertos cirujanos no dejan, por tanto tiempo como antes, á sus laparotomizadas en cama. No hay razones científicas que legitimen una duración de veintiún días, según la costumbre que se seguía. Esta duración es inútil para la cicatriz, que ya es sólida á los diez días; por otra parte hay el inconveniente de exponer á la pereza gástrica é intestinal, de prolongar la debilidad y, para las enfermas del hospital, de ocupar inútilmente una cama. Por todas estas razones, desde hace dos años, hago levantar mis laparotomizadas hacia el dozavo día, y las que he operado de apendicitis á los ocho días; ninguna ha tenido accidentes. Por lo tanto, creo que será ventajoso acortar la duración del reposo en cama de las laparatomizadas.

El Dr. Segond: Desde algún tiempo he leído diversos artículos acerca del tratamiento ambulatorio de las laparotomizadas, donde se habla de

histerectomizadas que han sido levantadas á los dos ó tres días. No discutiré tal conducta; sólo recordaré que no es raro observar pequeños incidentes hacia el octavo, décimo ó duodécimo día de una laparotomía. Por lo tanto, aunque encuentro muy interesante la comunicación del Dr. Faure, estimo que un vientre que ha sufrido malaxaciones prolongadas ó simples contactos, tiene derecho á un largo reposo, que es necesario respetar. Comprendo que en ciertos casos de operación simple sólo se exijan quince días de reposo, pero con frecuencia será imprudente no prolongarlo.

El Dr. Maty: He sido yo operado de apendicitis y me levanté al séptimo día sin incidente, y hasta me sentí mucho mejor. De ordinario hago levantar á mis enfermos hacia el noveno ó décimo día.

El Dr. Delbet: Dejo de lado la apendicectomía, operación ordinariamente benigna. Para las grandes laparotomías casi siempre no inmovilizo los enfermos en decúbito dorsal por tanto tiempo como se hacía antes; les permito moverse suavemente en la cama, pero sin sentarse en los primeros días, teniendo en cuenta la cicatriz; el permiso para estar en pié no lo doy hasta los quince ó dieciocho días.

El Dr. Hartmann: También sigo yo esta práctica y creo que de este modo se pueden evitar las alteraciones pulmonares.

El Dr. Le Dentu: Si se concibe que para las amputaciones de la mama, por ejemplo, se permita á las enfermas levantarse á los dos ó tres días, para las laparatomizadas como para las operaciones en el periné, no es demasiado de quince á dieciséis días, y algunas veces más, si se quiere obtener una cicatriz sólida y ponerse al abrigo de toda complicación peritoneal ó embólica.

El Dr. Mauclair : Recuerdo que en unas curas radicales de hernia, observé algunos hechos de embolia en enfermos que se habían levantado en el noveno día.

El Dr. Faure: Entiéndase bien que no defiendo la práctica que aconseja dos ó tres días de cama á las laparatomizadas; pero creo que es demasiado condenarles á veintiún días de cama. La cicatriz es sólida á los diez ó doce días, y en este momento no son de temer los accidentes.

(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Mayo de 1908.

Mogolismo y deformación cardíaca en un heredosifilítico. —El Dr. *A. Delille* presentó un niño de siete meses, tipo de mogolismo: frente estrecha y abombada, ojos oblícuos, lengua voluminosa y áspera, inteligencia poco desarrollada. Tiene soplo sistólico cardíaco, sin cianosis manifiesta, debido probablemente á una perforación aislada del tabique interventricular (enfermedad de Roger). En los primeros meses tuvo coriza purulento con hipertrofia del hígado y del bazo. Estos fenómenos cedieron con el tratamiento antisifilítico. La madre del niño había tenido anteriormente dos

abortos y un niño muerto. Es verosímil, por lo tanto, que sea sifilítico. ¿Hay relación entre su mogolismo, su deformidad cardíaca y su sífilis? ¿Puede esperarse mejorar al niño continuando el tratamiento antisifilítico?

El Dr. Comby: No suelen encontrarse entre los antecedentes hereditarios de estos niños de tipo mogólico ninguna de las afecciones á las que se atribuye: estados de degeneración, sífilis, alcoholismo, tuberculosis, neuropatías. Creo que en el caso del Dr. Delille, la sífilis es una simple coincidencia. Casi todas las madres tienen disgustos, sobre todo las cargadas de hijos y que suelen quedar de nuevo embarazadas. No ocurrió así en el caso de que se trata, pues la madre deseaba tener un hijo. Cuanto á la deformidad cardíaca, se han observado ya varios casos en los mogoles. Creo que el tratamiento antisifilítico debe emplearse de cuando en cuando, aunque será ineficaz contra el mogolismo y contra la deformidad cardíaca.

Tubérculo peduncular.—El Dr. *Genevier* presentó un niño con parálisis de los núcleos pedunculares (ptosis doble, estrabismo) é irritación de los hacecillos piramidales (contractura de los miembros). Al principio el niño presentó el síndrome de Benedikt (parálisis unilateral del sexto par, con hemicontractura cruzada), después la afección se hizo bilateral. Se trata de un goma tuberculoso, porque el niño se halla cubierto de gomas de este género; en uno de estos gomas se encontró el bacilo de Koch. Al principio de la afección, á consecuencia de parotiditis, aparecieron gomas, que se diagnosticaron como polimiositis infecciosa. — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 22 de Mayo de 1908.

Hidronefrosis operada.—El Dr. *Luis de Moszkowicz* presenta á una enferma de veinte años, que ha operado hace año y medio, á causa de una hidronefrosis. Las lesiones encontradas con la operación tienen cierto interés. El tumor, de las dimensiones, próximamente, de un huevo de avestrúz, estaba constituído por la pelvis renal, enormemente dilatada, que envolvía el riñón atrofiado, á manera de un casquete. El ureter estaba atraído hacia arriba, junto á la pelvis dilatada, y aparecía estrangulado, á unos 2 centímetros de su arranque de la pelvis rénal, por dos vasos (arteria y vena) sumamente distendidos. Tan pronto como fueron seccionados los dos vasos entre dos ligaduras, se llenó el ureter y se pudo hacer pasar todo el contenido de la pelvis renal por dicho ureter hacia la vejiga.

El Dr. *Ekehorn* dice que en la literatura ha encontrado, no menos de 25 casos, en los que, como en éste, anomalías vasculares habían ocasionado una inflexión angular del ureter, y como consecuencia de ello una hidronefrosis, pudiendo deducirse de estos hechos que la anomalía vascular desempeña cierto papel en la patogenia de la hidronefrosis. Estos hechos pueden animarnos á intentar la curación mediante la sección de los vasos de trayecto anormal y la nefropexia.

El Dr. *Guillermo Latzko* manifiesta que esos vasos pequeños, más bien

que de origen congénito, deben considerarse como producto de alguna inflamación.

El Dr. *Enrique Albrecht* ha visto en las autopsias bastantes casos de hidronefrosis producida por el trayecto anormal de vasos renales.

El Dr. *Julio Tandler* hace observar que en el extremo superior del ureter existen, en el niño, pliegues que no se pueden hacer desaparecer. Esto hay que atribuirlo á la circunstancia de que la adventicia del ureter pasa por encima de las capas internas de dicho conducto; estas particularidades se ven muy bien cuando se llena el ureter con una masa y después se aclara todo el conjunto. Ahora bien, es posible que dichos pliegues obstruyan el extremo superior del ureter y determinen la dilatación de la pelvis renal, sobre todo cuando dichos pliegues están muy desarrollados, según se observa en algunos casos.

El Dr. *Víctor Blum* presenta tres preparaciones de hidronefrosis, en las que esta anomalía ha sido ocasionada por la inflexión angulosa del ureter sobre una arteria renal anormal. Los tres casos habían presentado el cuadro clínico de la hidronefrosis intermitente; accesos de dolor, poliuria, alternando con oliguria, piuria y tumor palpable y doloroso de la región renal respectiva en la época de los accesos de dolor. En los tres casos se comprobó la existencia de un vaso renal que por su trayecto anormal, cruzando el ureter, había determinado la inflexión angular de este conducto.

El Dr. *Latzko* llama la atención acerca de otra causa congénita y nada rara de hidronefrosis. Es el origen demasiado alto del ureter. Si en un caso de éstos sobreviene una estancación transitoria en la pelvis renal, se produce automáticamente una compresión del ureter que pasa por encima de la pelvis renal distendida, originándose por este mecanismo una hidronefrosis.

Tubérculo solitario del ojo. — El Dr. *Rodolfo Tertsch* (invitado) presenta este caso. En el ojo derecho se ve, por encima de la córnea, un tumor redondo y del tamaño de una nuez, que parte de la esclerótica, y sobre el cual se desliza la córnea. La parte superior del tumor, que es bastante dura, tiene un color blanco-rojizo; la inferior es de color amarillento y se ven en ella dos manchitas blanquecinas, por las que parece que se prepara la apertura del tumor hacia afuera.

El diagnóstico de tubérculo solitario es indudable, pero ya no lo es tanto si ha nacido en la conjuntiva, en la coroides ó en la esclerótica, por más de que parece ser el último origen, el más probable. Como el tubérculo ya ha penetrado en el interior del ojo, puede considerarse éste como perdido.

Tumor del pliegue semilunar. — El Dr. *Rodolfo Tertsch* presenta también este caso. Se ve en el ángulo interno del ojo izquierdo un tumor de la forma y tamaño de una judía, tumor que parte de la conjuntiva ó en su caso del pliegue semilunar y que se puede deslizar con éste por encima de la esclerótica. Por el lado de la córnea llega hasta unos 2 milímetros del limbo esclerocorneal. Tiene un color blanco-rojizo y ostenta en varios puntos unas manchas amarillas; es superficial y presenta fluctuación. La conjuntiva de las inmediaciones y el resto del ojo están normales. Según todas las probabilidades debe tratarse de un quiste dermoide, por más de

que en contra de esta hipótesis depone el hecho de que el tumor no tiene más que catorce días de fecha. La paciente está bien de salud.

Nefrectomía por tuberculosis renal. — El Dr. *Gustavo Kapsanier* presenta dos casos de tuberculosis renal curados por medio de la nefrectomía. Enseña, además, una preparación de tuberculosis renal procedente de una enferma que también se ha curado. Explica el valor de la glicosuria floridzínica, como medio para establecer el diagnóstico de la lesión, anatómica ó funcional, del riñón, haciendo observar, no obstante, que este examen funcional no siempre es de un valor absoluto.

Las nefrectomías se han ejecutado bajo la anestesia lumbar (con 10 centígramos de tropococaína), que al autor le ha dado siempre buen resultado. En la operación de la tuberculosis renal es frecuente tropezar con dificultades, por lo que se refiere á la anestesia. El segundo riñón está á menudo afectado tóxicamente, circunstancia que contraindica el cloroformo y tampoco es raro encontrar la complicación de una tuberculosis pulmonar que contraindica, á su vez, el uso del éter. En esos casos nos proporciona una solución satisfactoria la anestesia lumbar, que satisface cumplidamente nuestros deseos.

El Dr. *Blum* refiere también casos en los que fracasó por completo la glicosuria floridzínica, como medio para establecer el diagnóstico de la lesión anátomica ó funcional del riñón. Respecto á la anestesia lumbar, cree que este procedimiento de anestesia no es más inofensivo que el de la anestesia general respecto al otro riñón, cuando se practica la nefrectomía, puesto que es bien sabido que en un gran número de casos se han observado albuminurias de mucha duración después de la anestesia espinal.

El Dr. *Federico Necker* hace referencia á la glicosuria intermitente provocada por la floridzina, que Lichtenstern y él observaron en sus experimentos y que puede constituir una causa de error, nada despreciable, cuando se practica el examen funcional del riñón.

El Dr. *Kapsamer* contesta á la objeción de que la anestesia lumbar implica también una lesión de los riñones, que semejante efecto nocivo se ha observado tan sólo con la estovaína-adrenalina, pero no con la tropococaína.

Ambliopía consecutiva al embarazo. — El Dr. *Augusto de Reuss* refiere un caso parecido al que presentó Meiss en la última sesión. En una mujer de treinta y cinco años se venía observando que en todos los embarazos se le debilitaba la vista, y que, en cambio, mejoraba ésta después del parto, ó en su caso, del aborto artificial. En esta mujer era indudable que la causa de la disminución de la agudeza visual era un proceso que radicaba en la región del quiasma, acaso la hinchazón de la hipófisis sobrevenida durante el embarazo y á que aludía últimamente Hochenegg.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Traumatismos de la cabeza en los niños jóvenes.—El Dr. D. Drew dice que los traumatismos de la cabeza producen resultados distintos en los niños que en los ancianos, porque en aquéllos el cráneo es menos resistente, los huesos son flexibles, la duramadre está adherida y las suturas no se han unido aún. Las fracturas son raras, pero pueden observarse á consecuencia de los vicios de conformación de la pelvis materna, del parto precipitado ó del empleo del forceps. Las depresiones son unas veces ligeras y desaparecen gradualmente, y otras extensas y exigen una operación. La depresión puede ocasionar la muerte del feto dentro del útero ó á los pocos días del nacimiento. El traumatismo del encéfalo es á veces desproporcionado á la lesión aparente del cráneo. Si la duramadre es desgarrada, el espacio subdural queda abierto, se derrama el líquido cerebro-espinal y puede resultar un cefalohidrocele. Si éste aumenta de volumen, el pronóstico es desfavorable, porque la consecuencia probable es la meningitis ó el hidrocéfalo. La lesión traumática cefálica más común en los recién nacidos es el hematoma. Cuando no se complica con fractura suele desaparecer por absorción en tres ó cuatro semanas. Si hay fractura con ó sin hundimiento, se plantea el problema de la operación.—(*The Practitioner*).—F. Toledo.

Tratamiento quirúrgico de la embolia de la arteria pulmonar.—El Dr. R. Sievers refiere un caso de tratamiento quirúrgico de la embolia de la arteria pulmonar, segundo de los que se han publicado desde que Trendelenburg ha propuesto dicha operación. Se trata de una mujer de cuarenta y ocho años, febril desde hacía diez días y que tenía, además de una infiltración del lóbulo inferior del pulmón derecho, un gran meteorismo y otros síntomas de peritonitis. Pasados siete días, y cuando la enferma se encontró bastante mejor, sobrevinieron síntomas de una embolia pulmonar grave y alarmante. El autor, llamado inmediatamente, procedió á los veinte minutos de iniciado el accidente á practicar la operación, cuando ya la enferma daba pocas señales de vida. Después de seccionar los cuatro primeros cartílagos costales desvió las costillas correspondientes y abrió la pleura, hundiéndose entonces el pulmón izquierdo.

Abierto el periocardio, hizo pasar un tubo de goma alrededor de las arterias aorta y pulmonar é incindió esta última en la extensión de un centímetro, atrayendo al mismo tiempo los cabos cruzados del tubo de goma; con una pinza de pólipos extrajo un émbolo de unos 20 centímetros de largo del interior de la pulmonar, al que siguió otro un poco más pequeño. La incisión de la arteria se cerró provisionalmente con una pinza, y cuando después de esto la enferma empezaba á recobrar la respiración, se excitó de un modo rítmico el corazón, cuyos latidos se habían suspendido por completo. Una vez restablecida la función cardíaca, se cerró la herida de la arteria pulmonar definitivamente mediante una sutura abotonada hecha con hilo de seda. Seguidamente se cerraron también con sutura las in-

cisiones del pericardio y de los huesos y partes blandas. La paciente se restableció por de pronto, pero falleció quince horas después de debilidad cardíaca progresiva. La autopsia, que no pudo ser completa, demostró la desaparición del pneumotórax, que el pulmón se había distendido de nuevo, que no existían más émbolos en la arteria pulmonar y que la sutura de esta arteria se mantenía intacta.

Enseña este caso que el procedimiento, no sólo es practicable, sino que puede proporcionar algún servicio, por lo menos, transitorio. Sin embargo, es preciso que se pueda ejecutar inmediatamente después de ocurrida la embolia y por un cirujano que opere rápidamente y con seguridad. Además, la hermana tendrá el encargo de participar al médico, sin tardanza alguna, las novedades que ocurran y también habrá de estar preparado y dispuesto el instrumental necesario. Enseña igualmente este caso que el organismo se basta por sí sólo para hacer desaparecer un pneumotórax, sin necesidad de emplear los procedimientos de presión mayor ó menor que la atmosférica.—(*D. Ztschr. f. Chir.*). — R. del Valle.

Tratamiento experimental de la tripanosomiasis en las ratas.—Se ha observado en la infección tripanosomiásica de las ratas, que algunas substancias medicinales hacen desaparecer durante algún tiempo los parásitos de la sangre en los vasos periféricos, pero después de un tiempo variable contiene de nuevo tripanosomas abundantes. Algunas preparaciones de arsénico son eficacísimas para conseguir este resultado. Si después de desaparecer los tripanosomas de la sangre de los vasos periféricos se administra una sal de mercurio, suele obtenerse en bastantes casos la curación perfecta, pero muchas veces sobreviene la muerte á causa de las degeneraciones orgánicas producidas por estas substancias. En vista de semejante resultado, la *Royal Society* ha nombrado una Comisión para estudiar este asunto. De los estudios hechos por la Comisión, resulta que los resultados obtenidos con las sales de mercurio no son completamente satisfactorios á causa de las lesiones crónicas, hepáticas y renales que producen. Como con los compuestos arsenicales no se obtienen curaciones completas, se han ensayado los de antimonio. De éstos, el más eficaz es el tartrato antimónico sódico en disolución al 1 por 100. Las inyecciones de este preparado no producen reacción inflamatoria, y los tripanosomas desaparecen con gran rapidez de la sangre de los vasos periféricos Se han tratado así 39 ratas infectadas con el *Trypanosoma Evansi* y el *T. Brucei*. Algunas murieron de enfermedades distintas de la tripanosomiasis, y de las restantes, una gran parte vivían veintiuno á cincuenta y dos días después de principiar la enfermedad.

(*New York Med. Journal*, 23 mayo 1908). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

(Continuación).

OBSERVACIÓN V. *Nefritis parenquimatosa. Decapsulación.* (Doctor Caille) (1). — Niño de cinco años, el cual ha padecido varios ataques de nefritis aguda. Nueve meses después de la última, y establecido el diagnóstico de nefritis parenquimatosa, se practica la decapsulación de ambos riñones. Curación regular.

El autor piensa que, cuando después de una nefritis infecciosa aparece otra nefritis y no cura al cabo de seis meses, debe tratarse quirúrgicamente, y si los riñones son grandes, debe hacerse la decorticación.

OBSERVACIÓN VI. *Nefritis hematúrica. Decapsulación. Curación.* (Legueu) (2). — Mujer de veinticinco años. Sus riñones sangran los dos á la vez hace cuatro años; se comprueba varias veces la realidad de esta hematuria doble y simultánea con la cistoscopia, la separación y el cateterismo de los uréteres.

Para poner fin á la enfermedad, se interviene sobre el riñón izquierdo, el cual hacía tiempo era doloroso. Se practica la nefrotomía y la decorticación; un año después la enferma sigue orinando sangre, pero del riñón derecho no operado. El riñón izquierdo,

(1) Caille: *Medical Record*, 12 julio 1902.

(2) Legueu: Association française d'urodologie. Sesión del 22 de octubre de 1904.

por el contrario, no da nada, lo cual habla muy alto en pro de la eficacia de la operación.

Observación VII. *Nefritis hematúrica. Nefrotomía y decorticación. Curación.* (Legueu) (1).—Niña de doce años con hematuria desde hace seis meses, y que amenaza comprometer la existencia, dada la constancia de la pérdida de sangre.

Se practica la nefrotomía seguida de decorticación y la enfermita cura por completo.

Observación VIII. *Nefritis hematúrica. Nefrotomía y decapsulación dobles. Curación.* (Legueu) (2).—Niño con hematuria persistente y abundante. En la imposibilidad de localizarla en uno ú otro riñón, pues tanto la separación como el cataterismo eran imposibles, hubo que operar sucesivamente y en la misma sesión los dos riñones, practicando en ambos lados la nefrotomía y la decorticación renal. El curso post operatorio fué inmejorable y las hematurias cesaron definitivamente al cabo de tres meses.

Observación IX. *Nefritis intersticial subaguda. Decorticación. Muerte.* (Dr. Giordano) (3).—Hombre de dieciocho años, con nefritis intersticial subaguda grave. Decorticación. Muere al vigésimo quinto día de la operación en estado comatoso con vómitos y convulsiones.

Observación X. *Nefritis inicial subaguda mixta. Decapsulación doble. Curación.* (Dr. Giordano) (4).—Niño de cinco años con nefritis inicial subaguda mixta, con tendencia hemorrágica. Decapsulación de los dos riñones. La operación fué muy bien soportada. El día de la operación las orinas disminuyeron, pero al segundo día ascendieron hasta un litro, llegando después á 1.400 cent. cúb.; las orinas se hicieron transparentes, ácidas, de densidad 1.012, sin albúmina y con 13 por 100 de urea. El niño salió del hospital curado y con orinas normales.

Vemos, pues, por las observaciones citadas, que en las nefritis agudas aún se pone en tela de juicio la eficacia de la decorticación renal, pues tal supone el corto número de observaciones publicadas, aun cuando en éstas la mortalidad no es elevada.

A mi manera de ver, esta falta de simpatía por la decorticación renal en las nefritis agudas, se debe á la posibilidad de curación

(1) Legueu: L. c.
(2) Legueu: L. c.
(3) Giordano: Intervento chirurgico in nefriti. *Rivista veneta di scienze mediche*, 31 mayo 1906.
(4) Giordano: L. c.

de esta enfermedad mediante el tratamiento médico, y porque siendo un proceso tan agudo, en el tiempo que tarda en proponer el médico de cabecera la intervención operatoria y la familia en aceptarla, evoluciona la enfermedad, haciendo innecesaria por una causa ó por otra la decorticación.

Aun en Francia se va extendiendo ya la nefrotomía para el tratamiento de la nefritis aguda, como lo prueban el grandísimo número de casos publicados, rechazando casi sistemáticamente la decorticación renal, acaso por haber nacido ésta en país extranjero y sin querer reconocer que al fin y al cabo siempre tiene que comenzar la nefrotomía por la capsulotomía.

Pero en nuestro país, tan extrañas y tan proscritas están la nefrotomía como la decorticación renal, debiéndose esta proscripción no ya á la oposición de nuestra clase médica, siempre digna, ilustrada y dispuesta á aceptar, tanto lo consagrado en el extranjero, como lo que está aún en ensayo, pero que puede reportar un beneficio positivo á la humanidad; la causa está en la idiosincrasia de nuestros enfermos y de sus familias, siempre temerosas y siempre dispuestas á regatear su confianza á la ciencia médica.

De atrevido y aun de algo más, sería tachado el cirujano que en una nefritis aguda, y «dado el estado calamitoso del enfermo, poco dispuesto á resistir una operación», se atreviera á proponer una intervención operatoria para combatir aquélla.

La mortalidad no es excesiva ni mucho menos, pues como vemos en las diez observaciones que he logrado reunir, de Edebohls, Le Nouëne, Nicolich, Caille, Legueu y Giordano, no se registran más que dos defunciones, ó sea una mortalidad de 20 por 100.

Sin embargo, una de las defunciones se refiere á una mujer en un deplorabilísimo estado general, debido á un algo más que no era su nefritis. Después de la operación se la vió mejorar, desapareciendo considerablemente los síntomas de su nefritis, durante los dos días siguientes á la decorticación, muriendo al tercero, sin duda por ser un organismo aniquilado, como lo probó la autopsia al revelar las profundas alteraciones de todos sus órganos.

De la otra defunción no pueden averiguarse sus causas, por no consignarse apenas detalles en la observación.

Del estudio atento de las observaciones citadas, se desprende también otra indicación de la decorticación renal, como son las nefritis hematúricas, pues en dicha estadística se refieren cuatro observaciones de nefritis hematúrica, curadas con decorticación, y

alguna con decorticación de un sólo riñón, á pesar de ser la nefritis bilateral.

Como resumen de nuestro estudio de la decapsulación renal en las nefritis agudas, me parece prudente el no ser partidario sistemático de la decorticación en estas lesiones, y aun cuando está indicada en muchos casos de nefritis, deben ensayarse los medios terapéuticos acostumbrados, y cuando veamos que éstos fracasan y sin aguardar el aniquilamiento del enfermo, debemos proponer la intervención operatoria, pues más vale hacerle correr un pequeño riesgo, pequeño, pues sin ello moriría, que nos reproche nuestra conciencia la pérdida de un sér que acaso se hubiera salvado con la operación. Si el enfermo ó su familia no aceptan ésta, siempre podemos decir que pusimos cuantos medios estaban á nuestro alcance para combatir y salir victoriosos de su nefritis.

Así como en las nefritis agudas son todo vaguedades y nebulosas, así está despejado el horizonte en lo referente á la nefritis crónica, á la enfermedad de Bright. «Aquí ya no se discute si está indicada ó no la intervención operatoria, aquí lo único que hay son partidarios de Edebohls y partidarios de Pouson, creyentes fervorosos de la decorticación y ciegos defensores de la nefrotomía, llevando aquélla mucho terreno conquistado, pues el mismo representante de la nefrotomía, el Dr. Alfred Pouson, de Burdeos, en su comunicación al Congreso Internacional de Lisboa, afirma que «la decapsulación del riñón es la única intervención racional que permite esperar la cura radical de las nefritis crónicas», aun cuando á continuación, para atenuar algo la importancia de su retirada, añade: «...pero bueno será, á fin de asegurar, si no con más rapi»dez, al menos de una manera más efectiva, la función renal, el »unir á aquélla la nefrotomía».

La interpretación patogénica por la cual hemos justificado la indicación en las nefritis agudas de la decorticación renal, tiene aplicación, y más completa, cuando en el estudio de las nefritis crónicas se trata de las indicaciones de la decapsulación renal.

No es la descongestión renal momentánea que produce la nefrotomía lo que hay que buscar para combatir la nefritis crónica, es la ulterior circulación renal, el aseguramiento del riego sanguíneo por la formación de nuevos vasos anastomósicos, lo cual producirá una buena nutrición del riñón, la regeneración de su epitelio ó por lo menos la detención del proceso degenerativo y el estímulo para la función compensadora de los elementos aún no degenerados.

En este punto no cabe rivalidad entre la nefrotomía y la decorticación. Por su sencillez, su menor mortalidad y lo prolongado de su acción, debe decapsularse el riñón en todos los casos de nefritis crónica y, á ser posible, antes de pronunciar su última palabra la Medicina.

«Es cierto, como dice Le Nouëne, que la sangría, los purgantes y los diuréticos están indicados en el curso de las nefritis crónicas. Pero estas medicaciones van dirigidas contra los accidentes de uremia, no contra el proceso escleroso mismo».

«La misma leche no puede ser considerada útil sino en ciertas fases del mal de Bright, cuando se teme la insuficiencia urinaria».

En estos casos está indicada, pues, la intervención quirúrgica y dentro de ésta la decorticación, por ser preciso combatir, no la tensión intrarrenal, sino el proceso escleroso del mal de Bright, y asegurar la formación de adherencias entre el riñón y su envoltura célulograsosa, adherencias que contengan nuevos vasos que produzcan una nueva circulación arterial capaz de favorecer la del parénquima.

La conformidad existente entre todos los cirujanos para intervenir quirúrgicamente, lo prueba el grandísimo número de observaciones publicadas, abundando tanto los casos de nefrotomía como los de decorticación renal.

Por esta misma abundancia no citaremos, como hicimos con la nefritis aguda, todos los casos curados por decapsulación y publicados por sus autores, lo cual nos llevaría mucho espacio y fatigaría vuestra atención. Nos limitaremos, pues, á referir los casos en que intervenimos personalmente, á título de ayudantes del doctor Suárez de Mendoza, de Madrid, citando los demás á fin de poder hacer estadística con todos ellos para extraer el tanto por ciento de mortalidad en esta intervención operatoria.

Observación I. — María Teinato Reigada, treinta y siete años, viuda, natural de Valladolid, domiciliada en Madrid, Ronda de Toledo, 24.

Cuando se presentó esta enferma en la clínica, nos contó á grandes rasgos que hacía ya tiempo venía observando, sin poder atribuirlo á nada preciso, que había perdido gradualmente el color de su cara, hasta entonces bastante subido, que se cansaba al menor esfuerzo y que ya no sin trabajo podía hacer las faenas de su casa, por los latidos fuertes que sufría en la región precordial. A pesar de esta pérdida de fuerzas y de este desfallecimiento, no adelgaz

ba; muy al contrario, la cara parecía que se abultaba, sobre todo en los párpados y al despertar por la mañana. Esta hinchazón, extendiéndose á las piernas y haciéndose permanente, llegó á alarmarla y la hizo consultar con su médico, el cual la puso á régimen lácteo, con cuyo plan mejoró bastante, pero volvieron á aparecer los síntomas en cuanto abandonó la dieta prescrita.

Después de algunas alternativas de mejoría y agravación se decidió á vernos y vino á la consulta. La enferma en cuestión llevaba en la cara impresas las huellas del brightismo: color pálido, cara abotagada, gesto de cansancio, pesadez en los movimientos de los párpados, ligero anasarca, principalmente marcado en los maleolos. Recogidas las orinas, dieron una proporción de un litro y doscientos gramos en las veinticuatro horas, con tres gramos de albúmina por litro.

A la palpación pudimos observar una ectopia renal derecha apreciable por los métodos de Guyon y Glenard, y muy manifiesta por el método de Israel, con el cual se palpaba un riñón aumentado de volumen y completamente desalojado de su celda.

En vista de los datos recogidos y de la lentitud y escasez de eliminación del azul de metileno y del cromógeno, hicimos el diagnóstico de *nefritis parenquimatosa crónica* y *ectopia renal derecha*, para lo cual la propusimos la decapsulación del riñón ectópico y su fijación ulterior.

Aceptada la intervención, ingresó en el Sanatorio de Nuestra Señora del Rosario el 21 de abril de 1904, practicándose la operación el día 26 del mismo mes.

Ninguna particularidad ofreció el descortezamiento ni la nefropexia, digna de mención en este sitio.

Después de operada presentó un reflejo renovesical, que la hacía orinar cada diez minutos y que le duró cuatro días.

La albúmina fué desapareciendo gradualmente, hasta el punto que á los doce días no existían más que cincuenta centígramos, no encontrándose ni vestigios á los dieciséis, en cuya época la cantidad de orina en las veinticuatro horas oscilaba entre 1.400 y 1.600 centímetros cúbicos.

El 22 de mayo, es decir, á los treinta y un días de su ingreso y á los veintiséis de la operación, salió del Sanatorio con la herida cerrada y curada la enferma en absoluto de su nefritis y de su ectopia renal.

Observación II. — El 3 de febrero de 1905 vino á consultarnos

M. J., de veintiocho años de edad, soltero, natural de Segovia y mozo de uno de nuestros primeros centros de bacteriología y sueroterapia.

Nos contó que sin padecer apenas trastorno de ninguna clase é impulsado al ver en el laboratorio donde estaba hacer tantos análisis de orina al cabo del día, hizo él mismo el análisis de la suya y observó con bastante sorpresa que había albúmina unas veces y otras no.

Metodizando mejor sus observaciones, pues hay que tener presente que el enfermo en cuestión es un muchacho bastante inteligente, comprobó que no había albúmina en la orina de la mañana, al levantarse, y sí en la que excretaba al irse á acostar. Por si se trataba de error en sus análisis, consultó con sus jefes y éstos corroboraron la presencia periódica de la albúmina en dichas orinas.

En estas condiciones se encontraba cuando vino á pedir nuestra opinión, y en días sucesivos observamos una orina densa, alcalina, cargada de oxalatos y fosfato amónico magnésico y con medio gramo de albúmina por litro.

El examen físico del riñón nos hizo apreciar ptosis renal del lado derecho, por lo cual, y teniendo en cuenta los datos anteriormente mencionados, diagnosticamos este caso de *albuminuria ortho-estática asociada*, ateniéndonos á la clasificación de Jeissier y por ir acompañada de ectopia renal.

Aun cuando el referido autor quiere que en estas albuminurias ortho-estáticas sea la fatiga cerebral, las alteraciones digestivas, la depresión nerviosa ó la ectopia renal los responsables de la presencia de albúmina en la orina, como sin una tara renal no puede admitirse este proceso patológico, propusimos al enfermo al mismo tiempo que la fijación del riñón ectópico la decorticación del mismo, y aceptada la intervención operatoria la ejecutamos el 11 de febrero.

A los veinticinco días de operado, y cicatrizada la herida por primera intención, se dió de alta al enfermo, no observándose entonces en su orina la menor cantidad de albúmina.

Observación III.—Estefanía Villaverde González, cuarenta y nueve años, viuda, natural de Onisco, y domiciliada en Madrid, calle de Juan de Herrera, núm. 5.

Los mismos síntomas y casi la misma historia que el primer caso, salvo que en éste había tres gramos y medio de albúmina por litro, y la cantidad de orina en las veinticuatro horas era algo menor.

Ingresó en el Sanatorio el 6 de noviembre de 1906, operándose el 8 del mismo mes y saliendo, con la herida cicatrizada y sin albúmina en la orina, el 9 de diciembre, ó sea al mes de operada.

Observación IV.—Srta. A. A. M., veintiún años, natural de una población del Norte, y de paso en Madrid.

Esta enferma, que, como detalle curioso, diremos que padecía de sordomudez, era una muchachita de muy poco desarrollo, color pálido, expresión de cansancio en su cara, en una palabra, con todos los caracteres de esos enfermos que Dieulafoy agrupa con el nombre de clorobrighticos.

Los parientes de la enferma nos comunicaron que ya hacía tiempo la niña estaba pálida, de color céreo, que sus manos, sus labios y sus encías parecían no tener sangre, que por cualquier cosa se cansaba, no pudiendo andar, ni subir escaleras, y padeciendo de latidos fuertes en el corazón y de hinchazón de ojos y de piernas.

Al mismo tiempo, la muchacha, con su especial mímica, se quejaba de perturbaciones de estómago, dolores de cabeza, diarreas y alguna tos.

Por el examen físico de la región renal, no observamos signo alguno de importancia, salvo un ligero dolorimiento en los dos triángulos de Petit y al pretender observar el peloteo renal.

Los caracteres más importantes nos los suministró la orina. Esta, en gran cantidad, turbia y pálida, ofrecía el aspecto de las orinas propias de una poliuría tuberculosa, dando una proporción de albúmina de 4'60 gramos por litro. Queriendo hacer la separación de las orinas para ver si existía algún riñón indemne, nos lo impidió la pusilanimidad de la enferma, que se opuso á dicha exploración. Practicada la prueba del azul, nos probó el precario estado de la permeabilidad renal.

Para mejor asegurarnos, hicimos examinar el sedimento urinario al microscopio, y mediante él, se comprobó la presencia en aquél del bacilo de Koch. Como argumento decisivo, hicimos inyectar la orina de esta enferma bajo la piel de dos cavias, los cuales empezaron á perder de peso y murieron á los quince días.

En vista del estado general de la enferma, y por suponer atacados los dos riñones, rechazamos la nefrectomía, y aun con pocas esperanzas de éxito—opinión que transmitimos—propusimos la decapsulación del riñón derecho, única cosa que se podía hacer en este caso de nefritis tuberculosa.

La operación se llevó á cabo el 7 de octubre de 1907, y como úni-

co detalle de interés, citaremos lo laborioso que fué el despegamiento de la cápsula, que estaba fuertemente adherida al parénquima renal.

El curso postoperatorio nos hizo ver cuán justificados estaban nuestros temores, como puede verse por los datos que acompañamos y que debemos á la amabilidad del Dr. D. Amalio Roldán.

Día 7, tarde.—Fenómenos urémicos intensos. Se obtienen 5 gramos de orina y mediante sonda. Se hace una inyección de suero, y el pulso, pequeño y frecuente, se levanta un poco. Pulso, 120; temperatura, 37°,3.

Por la noche se inyectan otros 500 cent. cúb. de suero y dos milígramos y medio de morfina. Pasa la noche desasosegada, haciendo durante ella 50 gramos de orina.

Día 8, mañana.—Pulso pequeño y muy frecuente, 140 pulsaciones. Por la noche se le hace una inyección de cafeína.

Día 9. — Temperatura, 39°. Pulso, algo más tenso; ligera epistaxis matinal. Se analiza, con el licor de Esbach, la pequeña cantidad de orina que hace la enferma, y el análisis acusa 25 centígramos por litro.

Día 9, noche.—Fallece la operada á las diez y media por insuficiencia renal.

Como se ve, esta enferma no logró más ventaja de la operación que el descenso de la cantidad de albúmina desde 4'60 gramos á 25 centígramos, descenso que justificó la intervención, pero aun cuando la insuficiencia renal no nos permitió salvar la vida de la enferma, esto en nada desvirtúa la eficacia de la decapsulación del riñón, que aquí, como en los tres casos anteriores, logró una disminución considerable de la cantidad de albúmina, tanto más importante, cuanto que ordinariamente la albúmina no desciende visiblemente en cantidad hasta el octavo ó décimo día después de la intervención, tiempo preciso para que comience á restablecerse la circulación en el parénquima renal.

(Continuará).

REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

POR EL

DOCTOR R. DEL CASTILLO RUÍZ

Ginecólogo del Instituto Rubio.

Sumario: I. Las trombosis y embolias consecutivas á las operaciones ginecológicas.—II. La histeropexia ístmica. — III. El elevador del ano y los prolapsos genitales. — IV. La oclusión intestinal consecutiva á la extirpación de miomas de volumen excesivo. — V. Resultados obtenidos en el tratamiento de la tuberculosis peritoneal y genital de la mujer.

I. Zurhelle publica (*Archiv. für Gynakologie*, 1908, fasc. 2, febrero, pág. 443) una estadística de más de 3.500 operaciones ginecológicas, 15 casos de trombosis venosa y 19 de trombosis con embolia pulmonar con 15 muertes y 19 curaciones, dando por resultado una mayor frecuencia de estos accidentes desde los treinta y seis años á los cincuenta y cinco, pudiendo sobrevenir del tercero al treinta y ocho día después de la operación, con una igual frecuencia para los dieciséis primeros días, pero es mucho más rara.

En más de la mitad de los casos se trataba de operaciones por fibromas uterinos. Zurhelle ve la causa de estos accidentes en las alteraciones cardíacas y vasculares que complican esta afección. Las hemorragias abundantes, que á veces datan de muchos años, dan por consecuencia la degeneración del músculo cardíaco, la debilidad de la presión sanguínea, la disminución del contenido de hemoglobina en los hematíes; de otra parte, la presencia de un tumor abdominal indica un esfuerzo cardíaco considerable y sobreviene rápidamente un defecto de equilibrio entre el esfuerzo pedido y la fuerza que desarrolla. En fin, la nutrición general de las mujeres se hace precaria, siendo á menudo afectas de adiposidad; el reposo prolongado, al que se las somete, hace perezoso al corazón, la circulación es menos activa, todo lo cual predispone á la trombosis postoperatoria.

Después de los fibromas vienen los cánceres uterinos, que se complican más á menudo de trombosis.

Las operaciones por quistes del ovario, por prolapso y retroversión del útero, no entrañan más que rara vez el accidente en cuestión.

En cuanto á la producción de embolias en el curso de una trombosis venosa, ciertas causas ocasionales aclaran el mecanismo; la

evacuación brusca de los gases del intestino grueso que originan la depleción venosa de la pequeña pelvis; los movimientos violentos, la inquietud de la enferma después de la operación; los esfuerzos que hace por levantarse para toser, para exonerar el vientre, etc.

Desde el punto de vista clínico, Zurhelle distingue tres formas: las trombosis de las venas de la pelvis, las de las venas del miembro inferior y la de la safena. La primera se complica muy á menudo con la embolia pulmonar, la última nunca.

El diagnóstico no es fácil; un aumento de la frecuencia del pulso, precediendo y siguiendo una ascensión térmica momentánea, no tiene gran importancia, á pesar de lo que piensa Mahler; la debilidad en el pulso es un signo más seguro, sobre todo si coexiste con la aparición de dolores abdominales despertados por los movimientos, la palpación ó el tacto vaginal, con el edema de la región inguinal y sobre todo con el aumento de volumen de la nalga y los signos externos de flebitis.

El tratamiento debe de consistir en el reposo absoluto, y si hay flebitis del miembro inferior, la elevación y la flexión ligera de este miembro, para facilitar la circulación. Todo movimiento brusco debe de ser evitado. Es preciso observar con atención el corazón y dar estimulantes tan pronto como amenace debilitarse; la circulación debe de ser activada sin brusquedad para evitar la embolia y la trombosis. Si una embolia pulmonar se ha producido y si se llega á tiempo, antes de la muerte, es menester reesforzar las contracciones cardíacas con éter, alcanfor y digital, y hasta masaje del corazón.

Desde el punto de vista profiláctico, es preciso, antes de la operación, examinar el corazón con un cuidado particular y no intervenir nunca en las enfermas debilitadas antes de haber elevado con tónicos é inyecciones de suero la presión arterial y activado la circulación; después de la operación, despertar igualmente las contracciones cardíacas debilitadas, evitar la inmovilidad absoluta y permitir pronto los movimientos de las piernas, del tronco; hacer sentar á la enferma y favorecer por el masaje y la gimnasia moderada una circulación que la operación ha retrasado momentáneamente, que es una de las causas de las trombosis venosas.

III. Fiel á la histeropexia abdominal directa tan recriminada desde hace algunos años, Delbet hace la apología de esta operación que considera como excelente. En 25 casos operados de 1906 á 1908, de los cuales refiere las observaciones completas con sus resultados le-

janos, éstos han sido, en efecto, de los más satisfactorios. (*Revue de gyn. et de chirurg. abol.*, febrero 1908, pág. 70). El gran inconveniente que, según Caraveu y Delbet (autores de este artículo), tiene la histeropexia abdominal, es que impide el desarrollo regular del cuerpo uterino en caso de embarazo; pero es suficiente, para permitir ese desarrollo, dejar el cuerpo uterino libre, colocando el hilo más elevado en la parte más superior del istmo ó sobre la porción de cuerpo más vecina al mismo. La histeropexia debe de ser ístmica. Según la técnica de Delbet, se pasan dos hilos, excepcionalmente tres, de catgut fuerte á través del tejido uterino; el primero, al nivel del fondo vesico-uterino; el segundo, á un centímetro y medio ó dos por encima de éste, y se fijan á la pared abdominal á dos centímetros lo menos del borde superior de la sínfisis, algunas veces á cuatro ó cinco centímetros. Estos puntos han de atravesar toda la pared abdominal, excepto la piel.

Con este método de histeropexia no hay trastornos vesicales, como se pudiera esperar, y en todas las enfermas operadas se ha observado que el útero ha quedado en la posición alta que se le había dado, quedando en algunos casos completamente fundido el istmo á la pared, en otros unido á ésta por adherencias cortas y resistentes. Las enfermas tienen siempre una sensación particular de *seguridad* pelviana, sin debilidad ni tirantez de los riñones.

Este método de histerofijación parece facilitar la concepción. En 25 enfermas observadas, 11 se hicieron embarazadas, y de estas 11, 6 no habían tenido ningún embarazo antes de ser operadas. El efecto benéfico sobre la concepción debe de ser atribuído á la mejor situación del útero que, al enderezarlo, suprime la curva del conducto uterino, facilitando la progresión de los espermatozoides.

Finalmente, que la nueva operación no tiene influencia perniciosa sobre el embarazo, lo demuestra que en 11 enfermas operadas, 2 tuvieron dos embarazos sucesivos sin ningún contratiempo.

III. Considerados los prolapsos genitales como verdaderas hernias, ó mejor, como eventraciones producidas por un relajamiento más ó menos completo del suelo pelviano, la causa esencial de este relajamiento, en sentir de Piquad y R. Hue, es frecuentemente una lesión del músculo del ano (*Revue de gyn. et de chirurg. abol.*, 1908, febrero, pág. 3), que normalmente constituye el principal medio de sostén del útero y de la vagina. Los fascículos internos de este músculo, fijos por delante en el pubis, forman, al terminarse por detrás de la vagina sobre la línea media, entrecruzándose con los fascículos del

lado opuesto, un anillo muscular, verdadero elevador pubovaginal, que gracias á su acción sobre la pared posterior de la vagina juega un papel muy importante como sostén del aparato genital; la supresión de su acción determinaría el prolapso.

Esta acción puede ser suprimida, sea espontáneamente por relajamiento de las fibras musculares en enfermas de tejidos flácidos, bien por lesiones traumáticas (desgarros sobrevenidos en el curso del parto).

Los desgarros obstétricos del elevador se producen sobre todo en las enfermas en las que el músculo está muy desarrollado, excepcionales cuando los últimos tiempos del parto son lentos, siendo tanto más frecuentes y más extensos cuando el parto se hace más rápido.

Los prolapsos consecutivos á los desgarros musculares se producen á menudo en las enfermas vigorosas; éstos son verdaderos prolapsos de fuerza que se pueden oponer á los prolapsos por debilidad que sobrevienen sin desgarramientos en las nulíparas y en las vírgenes.

Para curar estos prolapsos se pueden utilizar, bien la simple colpoperineoplastia posterior de los autores clásicos, ya la sutura directa de los elevadores.

Los autores modernos prefieren la sutura directa; pero no se contentan con hacer la miorrafia solamente, sino que resecan la parte exuberante de la pared vaginal posterior estrechando así la vagina.

IV. Con los cuidados más minuciosos en la restauración del suelo pelviano después de la histerectomía abdominal, los casos de oclusión intestinal se han hecho infinitamente raros. Boeckel, de Strasburgo, en una interesante comunicación hecha en la Academia de Medicina (28 de enero de 1908), diserta acerca de la oclusión intestinal consecutiva á la extirpación abdominal de fibromas de volumen excesivo, refiriéndose, no á las oclusiones falsas, las pseudo-estrangulaciones debidas á la parálisis intestinal causadas por una peritonitis infecciosa, sino á aquéllas que son motivadas por un obstáculo mecánico, engendradas por un proceso especial de naturaleza inflamatoria.

Las bridas epiplóicas, las adherencias que se establecen entre los pedículos anexiales y algún asa intestinal próxima son, en sentir del cirujano, las lesiones anatómicas que originan más frecuentemente esta grave complicación. Gracias á la técnica actual, estos trastorno no pueden, no deben producirse hoy. Si ellos sobrevienen aún, es por un mecanismo diferente; diferentes factores pueden en-

tonces intervenir: el volumen excesivo de un fibroma, su edad, su densidad particular. Por la compresión prolongada que ejerce sobre los órganos abdominales determina accidentes variables, según el órgano interesado. En tanto que esta compresión entraña fenómenos de irritación, de mortificación, que puede llegar hasta la gangrena, provoca la formación de adherencias; éstas, á su vez, originan estiramientos de los órganos así fijados, desplazamientos y flexiones.

Si se trata de un ureter comprimido, el primer fenómeno tangible se manifiesta por la presencia de una cantidad más ó menos notable de albúmina en las orinas. Este hecho no siempre debe excluir la presencia de una lesión renal grave que nos haga abandonar la operación propuesta en principio. En estos casos, la albúmina es puramente transitoria, desaparece rápidamente con la causa que la origina, es decir, después de la extirpación del tumor. Esto es lo que demuestra una vez más la observación de que es objeto esta nota.

Si el intestino es el sitio de la compresión, puede dar por resultado desplazamientos permanentes, curvaduras y estrechamientos de su calibre que acaben de provocar una oclusión completa, la cual es preciso remediar sin retardo haciendo la extirpación del fibroma. A pesar de la intervención, los fenómenos en cuestión persisten á veces, ó revisten, poco después de la operación, una agudeza más grande, y es entonces porque las lesiones son inveteradas. En estos casos el autor aconseja hacer una laparotomía para remediar los desórdenes que fatalmente terminarían con la vida de la enferma. Tal es la conducta que ha seguido en una enferma por él operada, en la que llamaba la atención el volumen verdaderamente extraordinario y sobre todo el peso considerable del tumor (11 kilos), y sin duda á este volumen y peso verdaderamente extraordinario había que atribuir, de un lado, la compresión de los uréteres con producción de albúmina, y de otra parte, el desplazamiento notable del colon transverso, su compresión, la formación de adherencias y de curvaduras, que poco á poco produjeron la oclusión intestinal.

Si la extirpación de ese fibroma fué suficiente para hacer desaparecer los trastornos renales, no evitó los accidentes graves que se manifestaron por parte del tubo digestivo, los cuales fueron corregidos por una segunda intervención, en la que se liberó el colon de sus adherencias, se le colocó en posición normal por colopexia, quedando la enferma curada.

V. El Dr. Baisch, de Tubinga, publica un interesante estudio

acerca de los resultados obtenidos en el tratamiento de la tuberculosis peritoneal y genital de la mujer (*Archiv Gynäkologie*, 1908, fasc. 2, febrero, pág. 345).

La estadística de Baisch comprende 110 casos de tuberculosis peritoneal y genital, tratados en la clínica de Döderlein. Todas las enfermas eran bien regladas y de quince á veinticinco años de edad; sin embargo, la aparición de los menstruos estaba retardada en la mayoría de ellas; eran casadas y habían tenido antes de su enfermedad un número de hijos que podía ser considerado como normal; por el contrario, excepto una, todas las demás quedaron estériles después de su curación.

Baisch distingue tres formas de esta afección: la tuberculosis peritoneal con ascitis, la tuberculosis adhesiva y la tuberculosis de las trompas.

1.° *Tuberculosis peritoneal con ascitis.*—De 38 enfermas, 4 no han sido operadas; 2, porque el estado general es tan grave que murieron, y 2 porque las lesiones eran mínimas y curaron; 34 enfermas fueron operadas, de las cuales la tercera parte murieron y el resto curaron definitivamente. La mortalidad afectó sobre todo á aquellas enfermas que tenían otros focos do tuberculosis, en especial tuberculosis pulmonar, en las que había fiebre antes de la intervención ó bien que estaban en estado de gestación. La fiebre es una contraindicación absoluta; indica una tuberculosis en vías de crecimiento y se agudiza sobre todo en las laparotomías practicadas en este estado febril; la tuberculosis invade la herida operatoria, de lo que resultan fístulas mortales. La tuberculosis pulmonar no contraindica la operación más que cuando ella es extensa; en efecto, gracias á la evacuación de la ascitis la respiración se hace mejor y una tuberculosis del vértice en primer grado es favorablemente influenciada.

2.° *Tuberculosis peritoneal seca y adhesiva.*—De 22 casos, 11 murieron y 11 curaron. Hubo 8 muertes sin operación y 8 curaciones después de la operación. Estas cifras parecen hablar en favor de la intervención operatoria; sin embargo, es preciso hacer notar que las enfermas no operadas estaban mucho más gravemente afectas que las otras, y que las enfermas operadas habían sido beneficiadas por el reposo prolongado más que por la intervención misma.

Esta forma de tuberculosis es en todo caso más grave que la precedente.

Desde el punto de vista operatorio es preciso contentarse con una

laparotomía exploradora y evitar la liberación de las asas ntestinales, sopena de producir grandes lesiones difíciles de reparar.

3.° *Tuberculosis de las trompas, asociada ó no á la tuberculosis peritoneal poco predominante.*—De 45 casos, 13 fueron tratados médicamente, 8 murieron, los otros 5 habían mejorado un poco y en 4 de ellos hubo que recurrir á una intervención. Sobre 32 operadas, la tercera parte murieron de complicaciones operatorias, de tuberculosis pulmonar ó de peritonitis, debido este hecho á que no se habían extirpado más que los anejos de un solo lado. Las dos terceras partes de las enfermas curadas fueron operadas en frío y siempre se extirparon las dos trompas.

En resumen: 110 casos murieron 40, ó sea una proporción del 36 por 100, y de los casos operados el 30 por 100. Produce, pues, un beneficio evidente la intervención quirúrgica cuando ninguna complicación viene á contraindicarla.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JOSÉ GOYANES

Cirujano de número, por oposición, del Hospital General de Madrid.

ATLAS CHIRURGISCHE KRANKHEITSBILDER IN IHRE VERWERTUNG FÜR DIAGNOSE UND THERAPIE, von Dr. Ph. Bockenheimer. Urban. Schwarzenberg Berlín, 1908.

Esta hermosa obra de Cirugía, publicada muy recientemente por el Dr. Bockenheimer, actual profesor de la Universidad de Berlín y antiguo ayudante de las Clínicas del eminente profesor Bergmann, constituye para el alumno y para el médico práctico, una guía eficacísima en el diagnóstico quirúrgico. La parte iconográfica se compone de 150 hermosas figuras en colores, en 120 láminas ú hojas, que representan una porción de lesiones quirúrgicas, principalmente tumores malignos y benignos, además de un gran número de afecciones piógenas, tuberculosas y sifilíticas.

El texto está fundado en la doctrina de la Escuela de Bergmann, y comprende el diagnóstico directo y diferencial, el pronóstico y terapéutica de las afecciones quirúrgicas desde el punto de vista moderno.

La mejor recomendación que podemos hacer de esta obra al público médico español, es traducir lo más saliente del prólogo del doctor Bockenheimer:

«Quien conozca la historia de la Medicina se habrá percatado de que ya en la Edad Antigua se ha pretendido representar plásticamente procesos morbosos típicos. No es extraño, por lo tanto, que en la época presente, en la cual la medicina ha alcanzado tan alto progreso en todos los aspectos, se empleen aquellos medios que más faciliten el estudio de las enfermedades. El rico material de la Clínica del Dr. v. Bergmann, que, sin limitación, ha permitido utilizar, nos ha facilitado la representación plástica de todas las afecciones quirúrgicas apropiadas al objeto. Los modelados han sido hechos en el *Instituto Pathiplastico de Berlin, por el Director Sr. Bildaner F. Kolbon*, con una perfección imposible de superar, demostrando además la presentación de los modelados en las lecciones clínicas, y en las comunicaciones académicas su alto valor para la enseñanza quirúrgica. Con razón sostuvo el profesor Ernesto v. Bergmann, en su fiesta profesional con motivo del 70 cumpleaños de su vida, en la cual se hizo la demostración de una gran parte de los modelados del Atlas, que *éstos constituyen un material insustituible para la enseñanza quirúrgica*».

Un atlas, cuyas figuras están tomadas de los modelados, es más demostrativo que los hechos por los demás procedimientos, pues las láminas coloreadas aparecen más naturales y plásticas que las reproducciones de acuarelas y fotografías.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 23 de Mayo de 1908.

Intervención quirúrgica en la apendicitis. — El Dr. *Huertas* empieza manifestando que tiene que rectificar algunos conceptos que expuso en la sesión anterior, por no haber interpretado bien las palabras del Dr. San Martín. Que ya expuso la primera vez que tomó parte en este debate, que un 80 por 100 de apendicitis evolucionan favorablemente sin necesidad de inter-

vención quirúrgica, cifra que ha impresionado tanto á los cirujanos de Europa que se han hecho oportunistas; de modo, que tiene que subsistir la división de las apendicitis en benignas y graves; y en cuanto á las primeras, que tiene que tratar con frecuencia como médico de hospital, emplea la dieta y quietud absolutas, y para calmar el dolor y evitar los movimientos peristálticos, administra el extracto tebáico y aplica el hielo, y con esto, del quinto al séptimo día, el enfermo entra en convalecencia. Que Dieulafoy se ha rectificado de sus radicalismos, y el gran cirujano Sonnenburg ha cambiado también absolutamente de opinión; que el aceite de ricino lo daba ya desde hace mucho por sistema, antes de operar, y algunas veces en el curso de la apendicitis. Que los cirujanos del Hospital Moabit, de Berlín, emplean el tratamiento médico en las apendicitis sencillas, pues si bien al ingresar van á la sala de cirugía todos los apendicíticos, allí analizan bien el síndrome, y cuando ven que se trata de una apendicitis sencilla establecen el tratamiento médico, y si se complica, entonces varían las indicaciones.

De conformidad con esto, opina que cuando el pulso, la temperatura, la falta de armonía entre estos dos factores, la facies descompuesta, el dolor espontáneo y el provocado, cuando existen asinergias, etc., hay que operar, y para ello acostumbra á ejercer la vigilancia adecuada, á fin de acudir al cirujano cuando hace falta, para lo cual tiene también muy en cuenta el índice leucocitario.

Termina diciendo que no ha de molestar á la Academia ocupándose de esa otra clase de apendicitis en que se establece una peritonitis de defensa, y felicita al Dr. Ribera por educar á sus alumnos en la escuela oportunista.

El Dr. *Cortezo* manifiesta que el Dr. Ribera ha tenido acierto al traer este tema á discusión, pero á su juicio el debate se ha dislocado.

Que con lo contestado por el Dr. Huertas y con el resultado de las estadísticas, tanto particulares como de los grandes centros de enfermería, se contesta de una manera sencilla á la pregunta del Dr. Ribera, que lo que se propone es conocer las opiniones de los aficionados y de los no aficionados al tratamiento quirúrgico. Que el Dr. Huertas toma como fundamento la estadística de Sonnenburg y allí se encuentra que uno de los operadores que figuran en primera línea en esto de la apendicitis, dice, que cuando esta enfermedad es aguda puede tratarse por procedimientos médicos, obteniéndose un 95 por 100 de curaciones, que son las cifras que siempre ha dado Sonnenburg, y dice en seguida que en los operados en los ataques agudos se produce un 16, un 18 ó un 20 por 100 de mortalidad, y en esto debía parar la discusión, si se tratase de un simple problema matemático, pero no se trata de números, sino de seres vivos. Claro es que, según estos resultados estadísticos, no debe operarse la apendicitis aguda, pues desde el punto de vista estadístico, el problema está resuelto; pero en Medicina no se puede obrar de este modo, porque al tratar de las indicaciones quirúrgicas, el asunto presenta nueva fase.

Cree que no hay apendicitis benigna y grave, pues ésta no es más que una complicación de la primera. En las autopsias en vivo, como las que pueden llamarse necrópsicas, se ve siempre que el apéndice ha padecido en época anterior á la enfermedad, sin que el médico ni el enfermo se hubie-

tan dado cuenta de ello; de modo que en la apendicitis á lo que se asiste es á una complicación. La apendicitis, cuando se presenta como enfermedad, no es cuando el apéndice padece, sino cuando hace padecer al peritoneo. La apendicitis circunscrita, ¿hace necesaria una operación? En todos los casos de apendicitis circunscrita, ¿intervienen quirúrgicamente los señores oportunistas? Los casos de apendicitis determinada por retenciones fecales en el doblez sigmoideo del colon descendente, lo necesario es la administración del aceite de ricino, con lo que curan. Las peritonitis circunscritas por la presencia de cálculos biliares grandes, ¿hacen necesaria la intervención? Se combaten por los medios que, como decía el Dr. Huertas, se llaman médicos por autonomasia, pues no debe de haber distinción entre remedios médicos y quirúrgicos.

En cuanto á lo expuesto por el Dr. Huertas de no considerar nunca la apendicitis sino como una peritonitis circunscrita, y que cuando se convierte en difusa es indispensable la intervención quirúrgica, ¿cuáles pueden ser los signos externos para asegurar que la peritonitis circunscrita se convierte en difusa? Generalización de dolor al vientre, aumento de vómitos, estado colápsico, trastorno de la facies, exageración de los latidos del pulso, depresión considerable. ¿Qué sucede entonces? Pues que hay el peligro de que la peritonitis circunscrita se convierta en difusa.

No cree, como el Dr. Recasens, que el gran simpático no deba preocupar en ciertos casos, pues nunca ha creído que sea una cadena nerviosa de adorno, y que en ciertos casos él es responsable de la extraordinaria aceleración del pulso.

Añade el Dr. Cortezo que han quedado contestadas por el Dr. Huertas las afirmaciones del Dr. San Martín, cuando decía que el médico que no apela á la intervención operatoria no emplea más que tratamientos empíricos; que si emplea el opio no sabe por qué, y si emplea el hielo tampoco, haciendo estas cosas por una especie de automatismo, y que para justificar la intervención *à outrance* dijo el Dr. San Martín que el apéndice vermicular servía para algo, y luego dijo que había que quitarlo. Decía también que debía operarse en todos los casos, porque la Medicina no convence de la frialdad de sus tratamientos, y él puede asegurar al Dr. San Martín que la Medicina general emplea los tratamientos que usa, antes de acudir á la intervención quirúrgica, por una serie de razones y fundamentos científicos de que ojalá se pudiera disponer en todas las enfermedades, porque no hay una sola de las indicaciones que se siguen aquí que no tenga una perfecta explicación.

Que no quiere hablar del opio, pero que desea que le diga el Dr. San Martín si él, con el bisturí en la mano, operaría á los enfermos sin administrarles inyecciones de morfina ó el opio, si tenían vómitos frecuentes y defensa exagerada. Que el opio y el reposo nadie los ha rechazado, y que se emplea la dieta porque la introducción de todo alimento es un estímulo para el movimiento intestinal.

Termina el Dr. Cortezo afirmando que nunca hace aplicaciones de hielo, y preconiza las aplicaciones calientes para producir la hiperemización artificial, esperando que el peritoneo produzca una barrera alrededor del sitio inflamado, y si hay la creencia fundada de que todo se está efectuando

en aquella región, la intervención quirúrgica no sólo es inútil, sino hasta un delito.

El Dr. *Espina* dice que se alegra de que los Dres. Huertas y Cortezo hayan confirmado lo expuesto por él acerca del empleo del aceite de ricino por Sonnenburg; que en Berlín se habían ido limitando poco á poco las intervenciones quirúrgicas en la apendicitis. Se duele de haber aparecido el Dr. San Martín como enemigo del progreso, del que siempre ha sido entusiasta; pero que el progreso no consiste en la exageración, y así, el automóvil, á 60 kilómetros por hora, le parece una conquista de la civilización, y á 100 una conquista de la barbarie.

Que, como han dicho los mencionados Dres. Huertas y Cortezo, la intervención en la apendicitis es asunto de peritoneo y no de intestino, y en tanto que es de peritoneo circunscrito corresponde al médico, y cuando es de difusión general al cirujano, y que para él son apendicitis sencillas las que no necesitan intervención quirúrgica, y graves las que la requieren.

Cita el caso de un niño de trece años que ingresó en su sala del Hospital provincial y que fué diagnosticado de estado apendicular, al cual se disponían á operar en el momento en que el Dr. Espina entraba á practicar la visita hospitalaria, y visto el caso opinó que no necesitaba operarse, aconsejando en vez de esto cataplasmas emolientes, aceite de ricino, dieta absoluta con la conveniente observación para suspender el aceite de ricino, del que prescribió una cucharadita por hora, tan pronto como se restableciera el curso de las materias fecales, y con este tratamiento, en el que entró algún centígramo de extracto tebáico, el niño sigue bien.

Que no es enemigo de las aplicaciones frías, pero no en las afecciones del vientre, porque los enfriamientos de éste son graves; y en cuanto á las curas que hacen los cirujanos, dice que le inspiran algún temor, porque si bien tienen una verdadera veneración por todo lo que es anestesia y asepsia, preocupándose de todos los detalles, en cambio no se preocupan tanto de las curas y no emplean en ellas tanto primor como en la operación; y como las heridas quirúrgicas tienden siempre á la infección como hecho postoperatorio, en los asuntos de peritonitis no tiene miedo á la operación, sino á las consecuencias de las heridas peritoneales.

Se creyó en algún tiempo que los apendicíticos se morían porque el médico no dejaba intervenir al cirujano, y ahora se ha venido al extremo opuesto, creyéndose que se mueren muchos enfermos porque intervienen demasiado los cirujanos, y la clase médica ha reaccionado para volver á la expectación armada para intervenir médica ó quirúrgicamente, según las indicaciones. En las apendicitis sépticas, ni el médico ni el cirujano llegan á tiempo cuando se hacen tóxicas.

Termina el Dr. Espina afirmando que el tratamiento sencillo y la observación armada salva más enfermos que cuando se interviene con el bisturí, unas veces demasiado pronto, otras demasiado tarde y pocas veces oportunamente.

El Dr. *Cortejarena* se levanta para protestar de la palabra *internista*, de la que tanto se viene usando, y con la que se quieren hacer separaciones en la Medicina, estableciendo divisiones entre médicos y cirujanos; que á éstos después de todo es á quienes cuadraría mejor la palabra, puesto que

ellos son los que penetran en las partes internas del cuerpo y abren el vientre y el pecho y sacan lo que hay dentro y escasamente dejan lo necesario para vivir. Que no hay médicos y cirujanos, sino Medicina aplicada de un modo ó de otro, y así ruega á los Sres. Académicos que no empleen la palabra *internista*.

El Dr. *Ribera* manifiesta que, aceptando la división hecha por el doctor Huertas de la apendicitis en simple y complicada, la primera es aquella flegmasía que termina por resolución, y la segunda la que no termina de esta manera, y en este caso se forman adherencias que obligan á intervenir; que es también necesario intervenir cuando se forma pus, aunque sea localizado, cuando se diagnostica la perforación, y cuando se presentan infecciones agudísimas hay también que operar, jugándose el todo por el todo. En el caso de que hay síntomas de puhemia sin fenómenos de peritonitis general, el resultado tiene que ser malo de todos modos, porque la puhemia no se cura.

Opina que el Dr. Cortezo generaliza mucho, y que algunas afirmaciones no pueden hacerse sin demostración.

Respecto á las aplicaciones frías y calientes de que se ha hablado, cree que debe tenerse en cuenta que el frío es tratamiento preventivo y el calor curativo, y que el médico que maneja la terapéutica farmacológica y que al principio de la apendicitis aplica el frío, puede detener la evolución.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesiones de los días 27 de Abril y 4 de Mayo de 1908.

Ectopia testicular doble. Curación.—El Dr. Lozano y Ponce de León: Hace más de veinte años fuí llamado para ver un enfermo, cuya historia es la siguiente: Hombre de treinta y cinco años, bajo de estatura, de complexión endeble, temperamento nervioso y voz afeminada; tenía una ectopia testicular inguinal doble y padecía violentas crisis, dolorosas á la menor excitación sexual ó física (frío, calor, etc.). Había tenido que separarse de su mujer, á quien amaba, y con quien no sólo no gozaba, sino que sufría. Hallábase en un estado lamentable de depresión moral y vivía retraído de todo trato social. Como por entonces la cirugía testicular estaba reducida á la contracción, no pude hacer otra cosa que prescribirle calmantes.

A mediados del mes de febrero del año actual presentóse, en el Dispensario á mi cargo en el Instituto Rubio, un joven de diecisiete años, natural de Valdepeñas, panadero, que con motivo de un esfuerzo profesional, desde hacía seis meses sentía un dolor agudo en la región inguinal derecha, acompañado de alguna hinchazón; á partir de esta fecha, cualquier esfuerzo despierta un vivo dolor en ambas ingles. Desnudado el enfermo se hace visible la deformación que presentaban las paredes del vientre en la región inguinal; nótanse, en efecto, dos abultamientos, correspondientes al anillo superficial del conducto inguinal, del tamaño y forma aproximados de una ciruela claudia cada uno. Estos abultamientos

no se hacen más ostensibles con los esfuerzos de tos ni se reducen con la presión metódica; en cambio dicha presión, así como toda tracción ejercida sobre ellos, producía un sordo é intenso dolor que casi desvanecía al enfermo.

La bolsa escrotal de éste hallábase reducida á su más mínima expresión y no contenía órgano alguno. Padecía, además, un hipospadias balanoprepucial, única deformidad que sus padres le habían notado, á raíz de su nacimiento. Tiene nueve hermanos, sin la menor anomalía ninguno. Por otra parte, ni la forma general del pene, ni su desarrollo proporcionado á la edad, ni la forma y tamaño de los testes ectopiados son anómalos, así como tampoco su voz y actitudes; lo que sí tenía era marcada hipofrodisia.

Diagnóstico.—Ectopia testicular doble de localización inguinal y modalidad fija.

Aun cuando es un hecho casi constante la coexistencia de una hernia con un testículo ectópico, en el caso presente no se notaba más que una considerable dilatación de ambos anillos inguinales, cutáneos, sin que el dedo, introducido en ellos, note impulsión alguna de dentro á fuera en los esfuerzos de tos que realiza el paciente.

Operación.—Verificada el 29 de febrero. Incisión de la piel y tejido subcutáneo de la región inguinal izquierda, paralela al arco de Poupart, sirviendo de guía y centro la prominencia que forma el teste; profundicé hasta llegar á él, notando, al ponerle al descubierto, un pequeño quiste próximo á la cabeza del epididimo: era una colección de líquido peritoneal alojado en el conducto peritoneovaginal, no obliterado en este lado. El teste hallábase aprisionado por multitud de bridas fibrosas que, envolviéndole, iban á insertarse en la aponeurosis del oblicuo externo y en los músculos oblicuo interno y transverso; fueron cuidadosamente desgarradas con el bisturí y los dedos, apreciando desde un principio que el cordón, que se hallaba como plegado, ofrecía sus dimensiones normales hasta que se consideró suficientemente libre el teste para alcanzar una posición normal en el escroto. Entonces, con los dedos, fragüé un trayecto en pleno tejido celular hasta llegar al escroto, donde hice presión con el dedo pulgar, consiguiendo así una cavidad suficiente para contener el teste, que fué conducido á ella y allí mantenido provisionalmente con un tapón de gasa aséptica. Procedióse en el lado derecho del mismo modo, por cierto que en este lado no había conducto peritoneovaginal permeable.

Una vez alojados ambos testículos en las cavidades respectivas, perforé el tabique escrotal, previa prolongación de la incisión izquierda hasta el escroto, y á través de la brecha suturé la túnica albugínea de un teste con la de otro, mediante un par de puntos de catgut. Para mayor seguridad en la fijación, practicada según el proceder de Villmen, que, como se vé, consiste en suturar ambos testículos á través de la perforación del tabique para que de este modo la raíz del miembro sirva de obstáculo permanente á su ascensión (cosa que sucede con los otros métodos), se estrecharon los trayectos fraguados con catgut, así como los anillos y conductos inguinales con hilo de plata; sutura sin desagüe y apósito.

Marcha postoperatoria ideal. Al quinto día se tuvo que mudar el vendaje por hallarse manchado de orina, encontrando las heridas en vía de cica-

trización normal. El enfermo tiene erecciones nocturnas, cosa que jamás le había ocurrido. A los diez días se quitaron los puntos de seda cutáneos, no dándosele de alta porque quería operarle el hipospadias.

El 28 de marzo practiqué esta segunda intervención. Desde el punto de implantación viciosa del meato—medio centímetro más abajo del surco balano-prepucial—hice una incisión á lo largo de la uretra, sin interesarla, de unos 4 centímetros de longitud, y otra incisión en la piel del prepucio, transversal con relación á la primera, cuyo punto medio era el de origen de la anterior; se tallaron los colgajos triangulares de piel formados y se aisló la uretra de los cuerpos cavernosos en una extensión longitudinal de 4 centímetros también. Con un bisturí de hoja estrecha taladré el glande, desde su vértice hasta el sitio donde estaba el meato anómalo, cogiendo la uretra y llevándola á través de este túnel artificial por medio de una pinza que previamente introduje por él. Con cuatro puntos de seda fina suturé el extremo uretral al meato artificial. Sutura de los colgajos de la piel tallados; no se colocó sonda ni desagüe.

El 26 de abril fué dado de alta completamente curado de su hipospadias, hallándose los testes en su posición normal en el escroto, sin producirle molestia de ningún género, ni aun con los esfuerzos ó presión moderada.

La orquidopexia, operación racional y casi siempre posible, no sólo suprime sufrimientos físicos y morales intensísimos, sino que evita la degeneración del teste, y por tanto, la esterilidad de los que sufren de ectopia testicular.

El Dr. Lozano presentó fotografías del enfermo, antes y después de ser operado, notándose bien en ellas los resultados operatorios.

Operación radical de la sinusitis maxilar con anestesia local.—El Dr. *Landete* dió cuenta de un caso recientemente operado por él con inmejorable resultado. A pesar de las indudables ventajas de la anestesia general, ésta es siempre temible. Fundado en los éxitos que diariamente obtiene en la práctica odontológica con la anestesia local, se decidió á efectuar un Cadwell-Luc con esta anestesia. El anestésico empleado es una mezcla á partes iguales de cocaína y estovaína en solución al 2 por 100; la adición de esta última hace estéril la mezcla, facilita su conservación y ayuda á la anestesia. Suele añadir una gota de adrenalina al milésimo por cada centímetro cúbico de la primera, para mejorar la hemostasia, á la par que dificultar la absorción de la cocaino-estovaína, con lo cual se consigue un doble y beneficioso resultado: hacer más duradera la anestesia local—una hora y más—y disminuir las intoxicaciones.

La técnica es sencilla: se inyectan, poco más de medio cent. cúb. de la la mezcla dicha, en la región canina, en el fondo del vestíbulo bucal y en dirección ascendente, con objeto de anestesiar las ramas divisorias del nervio infraorbitario, y otro cent. cúb. escaso, á 2 centímetros por encima del primer gran molar, hacia abajo y adelante, con objeto de obtener una zona anestesiada considerable. El resto de la mezcla, hasta completar los 2 cm^3 que suelen emplearse, se inyecta en la mucosa nasal correspondiente al cornete y meato inferiores del lado afecto.

La anestesia, así producida, dura cerca de una hora, tiempo más que suficiente para ejecutar toda la intervención. El enfermo no siente, sino los

golpes del martillo sobre el escoplo, al perforar la fosa canina, después de incindida la mucosa; este retumbamiento es indoloro, aunque desagradable, por lo que sustituye la gubia ó escoplo, en estos casos, por una fresa de torno ó un taladro de mano. El legrado del antro de Higmoro, á través de la brecha canina, es indolente asimismo, merced á un taponamiento previo de la cavidad con gasa empapada en el anestésico. Y la última parte de la intervención, consistente, como es sabido, en la abertura amplia de la pared interna del antro (externa de la fosa nasal correspondiente), sutura de la abertura canina (de la mucosa bucal) y desagüe de aquél, á través de la abertura nasal, con gasa aséptica, es también indolora gracias á la inyección hecha previamente en el meato interior.

El Dr. *Barragán* refirió un caso operado por él, hace largo tiempo, en el que empleó la cocaína por todo anestésico, pues entonces no se conocía ni la estovaína, ni la adrenalina. Sólo hizo la abertura inferior ó canina que, naturalmente, tuvo que dejar en comunicación con la cavidad bucal, por lo que la curación tardó muchos meses en sobrevenir.

El Dr. *Landete* hizo ver, someramente, las ventajas de la operación de Cadwell-Luc, expuesta, que suprime la comunicación bucal origen de infecciones secundarias y repetidas del antro, á la par que molestia contitinua para el enfermo, y consiente un amplio desagüe del antro por vía casi natural ó sea nasal. De meses y aun años — dos años, término medio, que tardaba en epidermizarse el antro por el procedimiento antiguo — ha venido á quedar reducida á unos veinte días la curación radical de una sinusitis maxilar.

Un caso de tumor blanco avanzado, curado sin operación. — El Dr. *Lozano y Ponce de León* presentó una niña de cinco años de edad, hija de padres no tuberculosos, que desde hacía año y medio padecía una osteo-artritis tibiotarsiana del pié derecho, de naturaleza tuberculosa indudable, habiendo llegado el mal á tal grado de desarrollo últimamente, que un ilustre cirujano de la Corte aconsejó á sus padres la amputación del pié, sin dilaciones. Con seis meses de tratamiento conservador ha logrado el exponente que dicha osteo-artropatía fuera retrogradando en sus síntomas y lesiones hasta quedar completamente curada. El tratamiento, sencillísimo, consistió en el reposo absoluto, unas cuantas inyecciones intra-articulares de éter yodofórmico creosotado y consecutivamente vendaje escayolado.

La frecuencia extraordinaria con que se presentan la osteo-artropatías tuberculosas en los niños, unido á la gravedad que envuelve este temido padecimiento, tanto en cuanto á la vida como en cuanto á la función del miembro afecto, es lo que le ha movido á exponer el caso actual para que sirva de ejemplo de cómo puede curarse un tumor blanco sin la intervención operatoria y sin sacrificar el funcionalismo del miembro, por muy avanzada que esté la lesión, con un buen régimen higiénico, ayudado del reposo local y del tratamiento médico general y local también.

Con motivo de no tener en sus ascendientes ningún tuberculoso la niña historiada, se extendió el Dr. Lozano en algunas consideraciones sobre la herencia tuberculosa, ratificándose en su creencia de que lo que se hereda es la inmunidad y no la predisposición, citando los siguientes hechos de su

práctica particular, expuestos en una Memoria que presentó al Congreso internacional de Higiene, celebrado en Madrid en abril de 1898:

I. Una señora tuberculosa dió luz á dos niñas gemelas: una de ellas fué criada por la madre y la otra por nodriza; la primera murió á los dieciocho meses de meningitis tuberculosa y, dadas las condiciones desfavorabilísimas de la madre, lo extraño es que no muriera antes: la segunda que, aunque lactada por la nodriza vivió con sus padres, y por tanto, en un foco de infección permanente hasta la edad de dos años, fecha en que murió la madre, goza de perfecta salud y es una muchacha muy desarrollada, contando ya quince años de edad.

II. Niño de padre tuberculoso; al llegar á la edad de tres años, la enfermedad del padre se agrava y muere después de cinco meses de lenta agonía, durante los cuales no consiguió que se abriera un balcón del gabinete inmediato á la alcoba del enfermo, viviendo toda la familia en aquel ambiente, contagiándose la madre, pero no el hijo, que al presente goza de buena salud, habiendo transcurrido ya dieciocho años.

III. Un joven de veinticinco años, *sin antecedentes hereditarios*, tiene una abundante hemoptisis. Como transcurridos algunos meses, su estado no ofreciera síntomas de tuberculosis, decidió casarse, siendo su matrimonio causa de la explosión rápida de la temible enfermedad que le llevó al sepulcro cuando su hija, nacida al año de casado, tenía siete meses tan sólo de edad, no habiéndose separado un segundo de ella, pues sentía verdadera idolatría por la criatura. Esta cuenta hoy cerca de doce años y se halla perfectamente.

IV. La Sociedad Protectora de los Niños amparó á dos hermanitos, de cinco y siete años respectivamente, cuya madre había muerto tuberculosa el año antes y cuyo padre murió á los pocos días, tuberculoso, en el Hospital Provincial, habiendo vivido en un sótano pequeño y húmedo, sin luz ni ventilación y comiendo lo que las vecinas caritativamente le daban, y sin embargo, daba gusto verlos á las pocas semanas de aislados, resplandecientes de salud, cual si fueran hijos de los padres más saludables y su cuna hubiera sido mecida por la misma diosa Higea, consagrada exclusivamente á su cuidado.

Es un hecho que cuanto más joven es el ser expuesto al contacto del bacilo de Koch, más fácilmente prende éste, se desarrolla y disemina por el organismo. De ahí la frecuencia extraordinaria de las meningitis, osteítis, artritis, adenitis, etc., etc., infantiles tuberculosas. Y sin embargo, no son los hijos de padres tuberculosos los que forman el mayor número de esta estadística, á pesar de vivir en condiciones excepcionales de contagio.

Experimentos hechos por Bernheim, Straus, Sánchez de Toledo, Grancher, Nocard, Leyden, Max Wollff y hasta por el mismo Baumgarten, defensor de la teoría hereditaria, prueban que animales, hijos de padres tuberculosos, aun de tuberculosis testicular, jamás fueron tuberculosos ni procrearon hijos tuberculosos.

El Dr. *Lozano* leyó las conclusiones de dicha Memoria, que dicen así:

1.ª La tuberculosis, lo mismo por lo que afecta á la verdad científica que por lo que interesa á su profilaxis, no puede ni debe considerarse como hereditaria: las estadísticas, tanto las que se refieren á la especie humana

como á la bovina, ponen de manifiesto que la tuberculosis es más frecuente cuanto más tiempo ha transcurrido desde el nacimiento, cosa que pugna con la idea de la herencia. Las estadísticas de los autores, por ahí publicadas (Hutinel, de París; Schnitzlein, de Munich; Stich, de Nuremberg, etcétera), confirman plenamente que, por el sólo hecho de separar á los hijos de tuberculosos del foco de infección de sus familias, se conjuran todos los peligros que para hacerse tuberculosos les amenazan.

2.ª Los hijos de tuberculosos, si nacieran con la predisposición á esta enfermedad, que suponen todos los autores que de tal materia tratan, se contagiarían con muchísima más frecuencia de lo que lo hacen en el seno de sus familias, donde abundan las condiciones más abonadas para que el contagio se verifique, siendo los niños terreno especial para que el germen tuberculoso prenda y haga rápidos progresos, según se desprende de las observaciones de Demme, Straus, Wasserman, Fluid y casi todos los autores.

3.ª Tanto la consecuencia lógica que se desprende de la anterior conclusión como los hechos arriba citados (por el comunicante), hacen creer que los hijos de tuberculosos *nacen con cierta inmunidad* que acaso se extiende á un período de cinco á diez años, á juzgar por los resultados de las últimas estadísticas de Boltz y Brandenberg.

4.ª Dado lo interesante del asunto, debemos todos emprender una investigación, á la vez clínica y experimental, cual la iniciada por él, para comprobar si los tuberculosos engendran hijos predispuestos ó inmunes, y

5.ª Si fuera cierto que la inmunidad á la tuberculosis se hereda, acaso este hecho nos proporcionaría el tratamiento específico de esta enfermedad mediante la inoculación de productos orgánicos, procedentes de seres inmunes, merced á la tuberculosis de sus progenitores.

Estas conclusiones ú otras análogas han sido suscritas modernamente por Héricourt, que cita multitud de autores nacionales y extranjeros, y no dice una palabra en su trabajo acerca de la Memoria presentada por el comunicante al Congreso internacional de Higiene, abrogándose la prioridad de la idea é investigaciones, cuando ocho años antes había expuesto una y otras el Dr. Lozano.

El Dr. *Arredondo* felicita al Dr. Lozano por ser conservador á pesar de ser cirujano, y se muestra conforme con él en cuanto al tratamiento de las osteo-artritis tuberculosas que, antes de ser operadas, deben ser siempre sometidas á un tratamiento médico como el expuesto por el Dr. Lozano. A continuación citó algunos casos de su práctica particular, unos aliviados y otros curados, con el reposo é inmovilización absoluta de la articulación afecta, con la revulsión repetida al termocauterio y vendaje escayolado consecutivo, con la extensión continua, etc., etc., y un tratamiento higiénico de primer orden. Respecto á la herencia de la inmunidad, sostenida por el Dr. Lozano, le parece asunto aún no bien estudiado, pero con ciertos visos de realidad, por lo cual cree que todos debemos contribuir á su confirmación ó destrucción.

El Dr. *Lozano*, al rectificar, presentó varios esquemas de diversos autores que, queriendo demostrar la herencia de la tuberculosis, demuestran la rareza de esta afección en los descendientes de tuberculosos.

Un caso de locura razonadora.—El Dr. *Sánchez Herrero* expuso la siguiente historia clínica: Mujer de treinta y seis años, soltera, de educación cultivada y acomodada posición; el Dr. Gimeno creía se trataba de un caso de locura histérica. Pertenece á una familia excesivamente religiosa, casi fanática, por lo cual hallábase siempre en una atmósfera de misticismo que no podía por menos de haber impresionado, en su niñez, su imaginación infantil. Todas sus ocupaciones se reducían á la lectura de los clásicos religiosos y al cuidado de una capilla que en su casa tenía. De dos hermanas que tiene, una es una muchacha normal, pero la otra, ociosa todo el día, es una hipobrílica.

El primer síntoma de su perturbación cerebral ocurrió ha largo tiempo, padeciendo la monomanía de haber faltado á sus deberes religiosos, angustiándose por creer no había hecho la comunión última en buenas condiciones, llegando en este primer delirio y en una segunda etapa á creer que el suelo de su habitación se hallaba tapizado de hostias, por lo que no quería entrar en ella por no pisarlas. Este estado fué lentamente desvaneciéndose. Pero del afectismo religioso pasó al profano: se enamoró mística, pero perdidamente, de un modesto trabajador, cuya voz atenorada le sedujo un día que le oyó cantar mientras hacía su grosera labor. Al principio mantuvo oculto y para sí este amor, mas en un segundo período sintió la necesidad de exteriorizarlo y le pregonó *coram populo*, con gran sorpresa y escándalo de su familia, que llegó por fin á comprender no estaba bien de su mente. Estuvo en su Casa de salud poco tiempo, por razones ajenas á su voluntad, y entonces pudo convencerse que la muchacha no era histérica, pues no notó estigmas ni fenómeno alguno de histerismo; no cree, pues, que fuera locura histérica. Tampoco era paranoya erótica ó erotomanía, porque en ésta la idea es fija é invariable desde el principio, mientras que aquí hubo otros delirios antes. Cree es un caso de locura razonadora, por la tendencia de la enferma á defender los absurdos, no reconociéndolos, si que también razonándolos. Era inaccesible al convencimiento; se le citaban autores clásicos religiosos, se le exponían argumentos contundentes y siempre oponía argumento á argumento y cita bíblica á cita bíblica, hallando siempre motivo para defender su amor vehementísimo, aunque romántico. No quería casarse por creer acto impuro el del matrimonio, pero tampoco toleraba que *él* pudiera tener otro amor; toda su vida la reducía á amar á Jesús, á la Virgen y al modesto jornalero que la había enamorado, y por no distraer su ánimo de este amor no consentía en ayudar á su madre en las faenas de la casa ni cogía una aguja jamás. No pudo hipnotizarla, pues nunca se dejó: temía que le quitaran su amada idea. No pudo hacer carrera de ella de ninguna manera; únicamente el hidrato de cloral le producía algunos períodos de descanso. Se la llevó su familia á los pocos días de ingresar, con gran disgusto de la enferma que no quería á sus parientes, sin duda por la brutal terquedad de una oposición nada suave y estudiada á sus idealismos. Cree será algún día loca peligrosa si se aferran en llevarle ostensiblemente la contraria, pues llegó á amenazar de muerte á uno de sus parientes que más la habían combatido. Considera una lástima que la reintegraran al mundo, pues por ese camino no llegará á curarse nunca de su idea fija.

J. Irueste.

PERIÓDICOS

Pestaña en la cámara anterior del ojo. — El Dr. Márquez publica el siguiente interesantísimo caso en los *Archivos de Oftalmología hispano-americanos:*

«En la consulta del Instituto oftálmico se presentó una mañana un chico de unos doce años, al que asistían en otra clínica desde unos cuatro días antes para una afección ocular.

El enfermo presentaba una mancha en la parte infero-externa de la córnea derecha y tenía la pupila medianamente dilatada por la atropina que se le estaba instilando.

Al examinarle, en unión del profesor agregado Dr. Jimeno, que me auxiliaba, nos llamó la atención simultáneamente y sin que nos lo hubiésemos comunicado, la existencia de una línea brillante, transversal, que en ciertas incidencias reflejaba fuertemente la luz del sol que por la próxima ventana penetraba. Fijándonos con más atención, pude convencerme de que se trataba en realidad de una pestaña que cruzaba transversalmente dicha cámara anterior y la pupila en la unión de sus $^2/_3$ inferiores con sus tres superiores, interpretación con la que también estuvo conforme el Dr. Jimeno. Yo aseguré, además, que la extremidad más gruesa ó raíz de la pestaña era la que estaba en el lado interno, terminándose en la cara anterior del iris, de la cual había levantado un pequeño pingajo de su epitelio anterior flotante en el borde pupilar.

En cuanto á la extremidad más fina, estaba en el lado externo correspondiente á la mancha citada, y observando más atentamente ví que asomaba en la superficie de la misma en forma de un diminuto punto negro.

Al observar esto, esterilizamos una pinza de pestañas y con ella logré coger el extremo de la pestaña, pudiendo fácilmente extraerla.

A los tres ó cuatro días volvió de nuevo el enfermo y aún pudimos ver, examinando con la lente binocular de Berger y con el microscopio corneal, que existía otra pestaña, más fina aún, situada también dentro de la cámara anterior, algo á caballo sobre la parte inferior del esfínter y en parte también en la cámara posterior; esta nueva pestaña era más difícilmente visible aún por ser del mismo color que el iris y no estar, como la que anteriormente extrajimos, sobre el fondo negro del orificio pupilar. A la vez estaba totalmente dentro del ojo, razón por lo cual, para extraerla, era preciso ya hacer una incisión en la córnea. Se le propuso la operación al enfermo y no le hemos vuelto á ver.

La pestaña es probablemente tolerada por ahora y el enfermo no siente la necesidad de que le sea extraída.

Averiguando el mecanismo de penetración de la pestaña, supimos que unos cuantos días antes sufrió el ojo el choque con un ángulo saliente de una ventana. Probablemente las pestañas del párpado inferior, cogidas entre la ventana y la piel, fueron en primer término arrancadas, produciéndose después la herida contusa de la córnea, y al perforarse ésta, las

pestañas penetraron haciéndolo por la extremidad libre en aquel momento, que era la arrancada ó sea la raíz de la pestaña.

La rareza extraordinaria de estos casos, pues la bibliografía permanece casi muda respecto de ellos, es lo que me ha movido á publicar el presente ». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 12 de Mayo de 1908.

Tuberculosis inflamatoria de forma esclerosa, escleretuberculosis y diátesis fibrosa.— El Dr. A. PONCET (en colaboración con el Dr. R. Leriche): Bajo la máscara de procesos puramente inflamatorios, y por una irritación imperceptible continua, la tuberculosis determina trastornos orgánicos considerables que crean, muchas veces, lo que se ha llamado el tipo artrítico. Este tipo artrítico se halla constituído, al parecer, por dos elementos distintos: hay el artrítico grueso y el flaco, el obeso y el escleroso. La tuberculosis inflamatoria, como toda infección, y por paradógico que parezca, puede realizar uno y otro. Es adipógena ó esclerosa. El origen de estos dos procesos es una acción congestiva. Pero mientras que en una los aflujos sanguíneos conducen á las neoformaciones vasculares embrionarias, origen de la aparición de los depósitos de grasa, en otro hacen proliferar el tejido conjuntivo y producen la desosificación de las aponeurosis, las esclerosis intersticiales que caracterizan el tipo fibroso. De este modo, á la sordina, sin los signos agudos de costumbre, la tuberculosis origina este artritismo, del que se la ha considerado enemiga.

Los tuberculosos granúlicos, los que tienen cavernas, no crean el artritismo. Los fímicos que mueren de neumonía caseosa ó de reblandecimiento vertebral extenso, tampoco padecen retracciones tendinosas ni deformaciones articulares. Estos desgraciados, atacados en lo mejor de su edad, mueren á causa de una infección intensa que jamás perdona. Pero este tipo de infección no constituye toda la tuberculosis. Es la forma más grave, debajo de la cual existe una serie de virulencias menores. Y si se consideran los términos inferiores de la serie, se ve que muchas veces las consecuencias de una tuberculosis benigna, ósea ó ganglionar, son de naturaleza artrítica. El tuberculoso, gracias á la defensa enérgica de un organismo resistente y á una buena terapéutica, contiene una invasión microbiana, ligera y atenúa su infección. Esta, atenuada en su virulencia, no puede adquirir la terrible propiedad caseificante. Las toxinas envejecidas

se limitan casi siempre á producir la esclerosis. No conviene despreciar estas lesiones, porque son lesiones de defensa, pero productos morbosos.

Esta intoxicación produce efectos benéficos. Según un mecanismo conocido, vacuna lentamente contra procesos más virulentos.

Este proceso fibroso que engendra la tuberculosis inflamatoria no se extiende siempre. Aunque es el origen de la mayor parte de las esclerosis, puede también localizar su efecto en puntos variables del organismo y crear toda una serie de enfermedades segmentarias, regionales, en las que á primera vista nada revela el origen bacilar. Reflexionando sobre su modo de acción, ya descripto, se encuentra el hilo conductor que permite descubrir la tuberculosis inflamatoria, diátesis esclerósica, productora de fibrosis localizadas en todos los aparatos y en todos los tejidos.

Creemos, en efecto, que las esclerotuberculosis pueden observarse y se observan en todas partes. Su aspecto clínico varía más ó menos, pero su patogenia es la misma.

En los huesos, la tuberculosis inflamatoria esclerosa reviste el tipo especial de la exostosis infecciosa. En el tejido celular, origina quizá la las miositis osificantes, cuya naturaleza íntima se desconoce con tanta frecuencia. Sus localizaciones glandulares son más comunes. En la mama afectan la forma de la mastitis nudosa. En el cuerpo tiroides, sin hablar de las cirrosis difusas, engendran las tiroiditis canceriformes, cuyo origen, independiente de todo quiste previo, es por esto mismo fácil de diferenciar del cáncer leñoso.

El aparato digestivo no queda á salvo de este proceso escleroso. En el píloro existen esclerosis fibrosas que es preciso no confundir, como suele hacerse, con las cicatrices retráctiles de úlceras latentes. En el intestino delgado, Quenu, Judet y Patel han encontrado estrecheces del mismo tipo, cuya naturaleza tuberculosa era imposible demostrar por la anatomía patológica. En el recto se admite, desde hace mucho tiempo, la existencia de estrecheces de este género. Pero en este caso, como en muchas cirrosis viscerales, hígado, riñones, centros nerviosos, endocardio, no se trata, al contrario de lo que suele decirse, de la reliquia cicatrizal, de una tuberculosis curada. *La estenosis fibrosa es una lesión en vías de evolución*. Su aspecto clínico, su marcha fatalmente progresiva, bastan para probarlo. No son éstos los caracteres de una cicatriz indurada, no siendo quelóidea.

Las consideraciones que preceden son suficientes para demostrar la existencia de esclerotuberculosis inflamatorias, difusas ó localizadas, cuyos aspectos variados no deben sorprender. Demuestran el papel importantísimo que desempeña en patología la tuberculosis, verdadera diátesis fibrosa.

Profilaxia y tratamiento de las modalidades contemporáneas de la gota. — El Dr. Legendre: La discrasia gotosa no puede ser explicada por un solo mecanismo y la observación clínica permite dividir los gotosos en tres categorías, á cada una de las cuales corresponde un proceso particular y á la que conviene una terapéutica y una profilaxia propias. Estas tres modalidades fundamentales se hallan caracterizadas por el predominio de las localizaciones sintomáticas que preceden á las artropatías y se manifiestan en sus intervalos.

En la primera, la más clásica, que al parecer se hace cada vez más rara en la actualidad, predominan las manifestaciones del aparato digestivo: es la modalidad gastrohepática y pancreato-intestinal. Depende de la sobreactividad del aparato uricopoiético (hígado, intestino, páncreas) de la producción exagerada de ácido úrico por abuso de los alimentos abundantes en nucleínas ó por transformaciones defectuosas de las purinas. En esta modalidad está indicado un régimen alimenticio severo y las medicaciones que regularizan las funciones digestivas.

La modalidad angionefrítica está caracterizada por el predominio de los trastornos circulatorios y la insuficiencia renal. Es debida á la retención del ácido úrico y de los otros productos imperfectos de la desasimilación de las nucleínas. A esta forma debe atribuirse la gota de los saturninos. Las medicaciones convenientes son las que regularizan la circulación, favorecen la diuresis y estimulan el emunctorio cutáneo. Las curas termales útiles, son las aguas diuréticas, cardiotónicas y modificadoras de los cambios nutritivos.

Una tercera modalidad de gota, la más común quizá en nuestros días entre las clases acomodadas de las grandes poblaciones, puede ser llamada neurotrófica, porque las perturbaciones nerviosas rigen al parecer todos los trastornos nutritivos, inhibiendo el aparato uricopoiético y la excreción del ácido úrico. En esta modalidad se hallan indicados de un modo especial todos los medios susceptibles de conservar y restablecer el equilibrio del sistema nervioso: higiene física, moral, intelectual y sexual, hidroterapia y agentes físicos. Los hijos de gotosos deben ser educados de modo que puedan moderar todas las reacciones nerviosas. Cualquier exceso es para ellos peligroso, porque pueden presentarse manifestaciones de la hiperuricemia hereditaria. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Mayo de 1908.

De la raquiestovainización. — El Dr. Tuffier: La raquiestovainización no es un método de anestesia exento de peligros, y por esto no le considero como un método que debe ser empleado exclusivamente. Desde 1904 he practicado 565. Tengo la costumbre de no imponer este método como tampoco impongo los otros y nunca le empleo en los enfermos que son posibles candidatos á una afección medular. En los 565 enfermos he tenido ocasión de observar los pequeños accidentes señalados por nuestros colegas; sin embargo, he observado que la cefalea y los vómitos eran más raros que con la cocaína; y en cambio la retención de orina me parece más frecuente. Como accidentes tardíos, no conozco, entre mis operados, más que el caso señalado por el Dr. Guinard. En lo que se refiere á la técnica no empleo ninguna mezcla; me sirvo de la estovaína sola y evito toda inclinación de los enfermos para que la inspección quede baja. Nunca he observado individuos refractarios á esta anestesia y nunca he pasado

de la dosis de 0'05 gramos de estovaína. La falta de anestesia depende, en mi opinión, de algún defecto de técnica; nunca he empleado este método para las intervenciones abdominales.

El Dr. Segond: Mientras que en el extranjero la raquiestovainización está muy en boga, puesto que la estadística de un cirujano extranjero llega á 22.000 casos, en Francia es más discutida y, actualmente, si tiene defensores entusiastas, otros la consideran como un método peligroso, y aun otros, y entre ellos me cuento yo, la tienen horror. Sin embargo, yo la acepto como un método excepcional que puede ser empleado en ciertos casos. He aquí un ejemplo: Hace unos diez años hube de operar á una joven, que además tenía una grave enfermedad del corazón, por una supuración del ovario; en el curso de la cloroformización tuvo un síncope, durante el cual se terminó el acto operatorio sin fatales consecuencias. En abril de 1906, esta misma enferma tuvo accidentes agudos en el otro ovario; los médicos se opusieron á la cloroformización por su estado cardíaco y se practicó una raquiestovainización que me permitió hacer la laparotomía sin incidentes y sin otra molestia que la de verme obligado á contestar á lo que me preguntaba la enferma durante la operación. Siete meses más tarde se desarrolló una ascitis y una eventración; nueva raquiestovainización y se cosió de nuevo la pared abdominal. En este caso, pues, la raquianestesia ha sido útil. Sin embargo, sí estimo que no debe ser abandonada, lo miro como un método peligroso, que no debe ser empleado más que excepcionalmente.

El Dr. Reclus: No encuentro ningún inconveniente en que los enfermos asistan á su operación. He llegado á hacer unas quince laparotomías con la anestesia local sin el menor inconveniente. Últimamente he practicado la ablación de un dedo en un externo de los hospitales que me oía discutir ciertos puntos de la operación sin emocionarse en lo más mínimo.

El Dr. Segond: No se puede comparar la ablación de un dedo con la de un ovario adherente al fondo de Douglas. Nunca haré una laparotomía con la anestesia local.

El Dr. Hartmann: Soy absolutamente partidario de la anestesia por el cloroformo, que considero como el método mejor, no sin excluir las anestesias locales, porque en los enfermos agotados, en los casos de obstrucción intestinal que reclaman un ano artificial y en ciertos herniados, están indicados por la razón de que exponen menos á las complicaciones pulmonares y no provocan vómitos, que una vez he visto seguidos de muerte; pero en las operaciones sobre los anejos prefiero la anestesia clorofórmica.

El Dr. Chaput: Un gran número de accidentes han sido atribuídos erróneamente á la raquiestovainización. Los casos de muerte señalados por Hartmann, Beurnier, Michau y Delbet, se refieren á enfermos de avanzada edad, agotados, que han recibido altas dosis de estovaína, y que no han sido tratados por la cafeína y el suero intravenoso, indicados en tales casos. Las retenciones de orina, observadas frecuentemente, desaparecen con facilidad por el cateterismo regular, las inyecciones astringentes y la electrización de la vejiga. Las parálisis de los miembros curan siempre espontáneamente ó por sugestión, puesto que siempre son de naturaleza histérica. Las paresias persistentes del Dr. Guinard se explican por

la emoción ó por la neuritis cancerosa sacra, estudiada en 1904 por el doctor Cornil. Un enfermo del Dr. Legueu murió de vómitos incoercibles. La convalecencia mal dirigida ha provocado la hipertensión, la cual, combatida insuficientemente, ha persistido con los vómitos que la acompañaban y el enfermo murió de inanición. Las muertes súbitas son muy frecuentes después de las operaciones más variadas (laparotomías, apendicitis, fracturas), y han sido observadas frecuentemente en las operaciones practicadas bajo la cloroformización; nada tienen, pues, de especial á la estovaína. Dos enfermos de los Dres. Nélaton y Delbet han muerto tardíamente con la parálisis histérica. Las cefaleas son evitables por la evacuación abundante de líquido cefalorraquídeo. Los fracasos son debidos al miedo y se les evita rodeando al enfermo de sugestiones reconfortantes. Para evitar las retenciones de orina y las parálisis de las piernas es necesario hacer la punción lumbar bastante alta, emplear soluciones poco concentradas y evitar la picadura de la cola de caballo. Las estadísticas integrales que he reunido dan más de 7.000 casos, sin una defunción. Mejor que todos los argumentos, estas cifras demuestran el valor y la benignidad del método.

Los Dres. *Walther*, *Beurnier*, *Demoulin*, *Delbet*, *Hartmann*, *Reynier* y muchos otros miembros de la Sociedad protestan vivamente contra los argumentos y las interpretaciones presentadas por el Dr. Chaput acerca de los casos que han sido referidos en el curso de la discusión.

(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Junio de 1908 (1).

Ulceración de la úvula y del pilar. — Los Dres. *Guinon* y *Barbier* presentaron un niño, en cuya úvula y pilar izquierdo existía una úlcera nada dolorosa, y de bordes policíclicos salientes; no había infarto ganglionar. ¿La úlcera era sifilítica ó tuberculosa? El diagnóstico es difícil siempre en estos casos y el Dr. Guinon refirió á este propósito varias observaciones, en las que el resultado positivo ó negativo del tratamiento antisifilítico fué el único que permitió afirmar el diagnóstico.

El Dr. Comby: Creo que se trata de tuberculosis, pero convendría ensayar el tratamiento antisifilítico.

Radiografías de acondroplasias. — El Dr. *Guinon* presentó radiografías de un niño acondroplásico; llama en ellas la atención la forma saliente angular del borde externo del húmero.

El Dr. *Apert* presentó también radiografías de acondroplásicos. Se ve el mismo óseo en el sitio de inserción del delotides, relieve muy marcado en los adultos y esbozado en los niños. Todos los relieves de inserción muscular están exagerados en los acondroplásicos á causa del desarrollo de los músculos, consecuencia de la longitud menor del brazo de la placa.

(1) Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre.

El Dr. Variot: Conviene hacer notar que en este niño la osificación de las epífisis no está, al parecer, retrasada, como ocurre en otras formas de acondroplasia. Hasta se halla adelantada; este tipo debe atribuirse á la forma hiperplásica.

El Dr. Apert: Parece, en efecto, que en ciertos casos de acondroplasia la osificación epifisaria está retrasada; en éste y en otros muchos es normal; sólo hay acortamiento de la diáfisis. Para distinguir estas dos formas, son necesarios otros términos que los de hiperplásica é hipoplásica empleados primeramente por Kaufmann en un sentido completamente distinto.

Albuminuria abundante transitoria. — El Dr. Rist: Un niño de poca edad presentó un día edema de la cara. El análisis de la orina demostró que contenía 16 á 20 gramos de albúmina por litro. El niño no tuvo fenómeno morboso alguno anterior, no había padecido escarlatina y se le criaba con las reglas higiénicas más severas. Fué imposible descubrir la causa de la albuminuria. El examen microscópico de la orina demostró la falta de todo elemento figurado: ni glóbulos rojos ó blancos ni cilindros. A causa de esta particularidad hice un pronóstico favorable, que tardó poco en verse confirmado con el reposo en el lecho y el régimen declorurado; la cantidad de albúmina descendió en cuarenta y ocho horas á 2 gramos y medio, la de orina aumentó de 300 á 800 gramos, hubo eliminación de cloruros y, al desaparecer los edemas, el peso del niño disminuyó de 15.800 gramos á 14.000. A los ocho días el niño estaba curado. Hay tendencia exagerada á atribuir á escarlatinas desconocidas las nefritis infantiles. Un día ingresaron en el Hospital Trousseau tres afectados de anasarca y albuminuria. Se les destinó á la clínica de escarlatinosos y dos de ellos contrajeron la escarlatina. Esta enfermedad no retrasó la curación de su albuminuria.

El Dr. *Triboulet* dijo que en ciertas albuminurias abundantes de etiología bien determinada, como las de la difteria, es imposible hacer un pronóstico; algunas desaparecen con la rapidez que en el enfermo del Dr. Rist.

El Dr. *Leroux* manifestó haber observado un caso de escarlatina en un niño convaleciente de nefritis aguda. Al contrario de lo que era de temer, la nefritis no se reprodujo, pues la orina jamás fué albuminosa.

Atrofias ópticas de origen meníngeo. — El Dr. *Babonneix* refirió tres casos de ceguera que sobrevino en niños á consecuencia de accidentes meníngeos, debidos bien á hemorragias de las meninges ó á la meningitis cerebro-espinal. El Dr. Terrien hizo el examen oftalmoscópico y encontró atrofiada la papila óptica. Es posible que algunas cegueras que datan de la infancia sean debidas á esta causa.

El Dr. *Netter* dijo haber observado la ceguera á consecuencia de la meningitis cerebro-espinal. — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD DE MEDICINA DE LÓNDRES

Sección de Obstetricia y Ginecología.

Sesión del día 14 de Mayo de 1908.

Medios de sustentación de las vísceras pelvianas.—El Dr. *R. H. Paramore* leyó un trabajo sobre este asunto, manifestando que es preciso para resolver el problema estudiarle desde el punto de vista anatómico y fisiológico á la vez.

El Dr. *Peterson* cree que los tejidos que forman el suelo de la pelvis—sínfisis del pubis, ligamentos triangular y compresor de la uretra, cuerpo perineal, elevador del ano, esfínter anal y cuerpo anococcígeo—constituyen los principales medios de sustentación de las vísceras pelvianas. Todo desgarro ó debilidad de estos tejidos predispone al prolapso de dichas vísceras.

El Dr. *A. Keith* manifestó que, según sus investigaciones, el prolapso, parcial ó completo, de las vísceras pelvianas, es prevenido primitivamente por la acción de la musculatura del suelo de la pelvis.

El Dr. *W. E. Fothergill* cree que las vísceras pelvianas están sostenidas en estado normal por el tejido conjuntivo que existe entre ellas y las caras laterales de la pelvis, y que la parte más importante de dicho tejido es la que forma las vainas perivasculares.

El Dr. *Hasting Tweedy* dijo que el Dr. Paramore ha demostrado con toda claridad que las bóvedas laterales están cruzados por ligamentos fuertes, capaces de sostener el útero en posición natural. Que cuando se les secciona el cuello del útero se dirige hacia abajo, aunque queden intactos todos los demás ligamentos uterinos. Es una prueba fehaciente de que estos ligamentos, cuando actúan de un modo normal, mantienen el cuello uterino dirigido hacia arriba y atrás, función que desempeñan sin mayor esfuerzo que el de otros tejidos análogos.

El Dr. *Briggs* dijo que la restauración del elevador del ano y de su aponeurosis por suturas profundas extensas en, debajo y alrededor de las paredes vaginales sin extirpación de tejido alguno, es el recurso principal del cirujano. El tratamiento operatorio del prolapso uterino se funda en la restauración de las capas musculares y aponeuróticas.

El Dr. *A. Macphail* manifestó que en el curso de la discusión ha habido tendencia á atribuir funciones sustentadoras á una serie de tejidos con exclusión de otra. La única hipótesis razonable desde el punto de vista anatómico es la que atribuye esta función á las aponeurosis suspensorias y al diafragma pelviano.

El Dr. *Macnaughton-Jones* cree también que existe en la pelvis una combinación de fuerzas que resisten toda presión que dirija hacia abajo el útero y le mantiene en relación normal con las otras vísceras. Las principales son las aponeurosis pelvianas y el elevador del ano.

El Dr. *W. S. A. Griffith* dijo que el elevador del ano es un medio auxiliar de sustentación de los órganos pelvianos. Obra resistiendo los esfuerzos especiales, mientras que la aponeurosis general de la pelvis, que forma

una vaina continua que varía de densidad en ciertas posiciones, es el medio de sustentación principal contra las presiones ordinarias.

El Dr. *Ingles Parsons* cree que el factor principal en la sustentación del útero es el tejido conjuntivo con las fibras musculares y elásticas que van en distintas direcciones desde el útero hasta las paredes pelvianas, descripto primeramente por Savage; el suelo de la pelvis contribuye también, da un modo indirecto, á sostener el útero, impidiendo el prolapso de la vagina; la presión intraabdominal no sostiene el útero, sino que, por el contrario, es el factor principal del prolapso.

El Dr. *H. Spencer* dijo que los medios de sustentación del útero son de carácter complejo, por ejemplo, presión atmosférica, músculos, ligamentos y aponeurosis. Es un error decir que el útero está sostenido por la presión intraabdominal, cuando la fuerza retentiva del abdomen, según decía Matthews Duncan, es la presión extraabdominal ó atmosférica.

(*The Britisch Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 20 de Mayo de 1908.

Tétanos del recién nacido.— El Dr. *Karpus* presenta á un niño de treinta meses que padeció el tétanos á la edad de dos semanas, habiendo sido tratado con los bromurados: bromuros sódico y potásico, ana 2 decígramos, agua 100 gramos, para tomar una cucharadita de café varias veces al día. Al poco tiempo de estar tomando esta disolución se presentó en el niño un exantema generalizado con infiltraciones y formación de ampollas, que se atribuyó al bromo. La erupción ha mejorado desde entonces, pero todavía sigue siendo visible.

Los insectos como transmisores de enfermedades.—El Dr. *Uhlenhuth* hace mérito de la significación de los insectos como transmisores de los diversos agentes patógenos, según se observa respecto al paludismo, la surra, la enfermedad tse-tse, el mal del sueño, la fiebre de Texas, etc. El autor ha tratado de averiguar, empleando para ello el método capilar, si es posible descubrir en los insectos, pasado ya cierto tiempo, la existencia de la sangre procedente de las especies animales de donde la habían tomado. Y en efecto, ha visto que esta comprobación se puede realizar aun después de algunas semanas. Las primeras investigaciones se realizaron en sanguijuelas, en las que se pudo comprobar la existencia de sangre humana, aun á las seis semanas, y también fué positivo el resultado después de algunas semanas en chinches, piojos, moscas y otros insectos. Estas investigaciones pueden ser de gran utilidad para la lucha contra las enfermedades infecciosas, y especialmente para resolver la cuestión de si está justificada la aspiración de Koch de exterminar la caza mayor en Africa, aspiración que en cambio es combatida por otros con la mayor energía.

Aneurisma de la aorta abdominal.—El Dr. *Manasse* presenta la pieza patológica procedente de un hombre de setenta años que venía padeciendo

desde hace seis de violentos dolores de espalda. Por entonces se le trató con el reposo en cama y 20 inyecciones de gelatina. Con este tratamiento cesaron los dolores hasta el momento de la muerte, que sobrevino en un acceso de angina de pecho.

De la naturaleza del proceso leucémico y de su terapéutica.—El Dr. *Grawitz* hace constar que el estudio de la leucemia ha vuelto á despertar interés desde que se ha visto que la rontgenoterapia parece que no deja de tener alguna influencia en el curso de la leucemia. Por lo mismo es más extraño que todavía no se haya generalizado el conocimiento de que el carácter leucémico de la sangre no es revelado por su color.

Según las investigaciones más modernas, trátase en la leucemia de enfermedades sistematizadas que afectan á todo el sistema linfático, á la médula ósea ó al bazo. La causa de que todavía no estemos mejor orientados sobre la naturaleza de la enfermedad depende, en no pequeña parte, de que también es muy poco lo que sabemos hasta ahora del origen de los leucocitos en la sangre sana. Las funciones de los leucocitos son muy variadas: no sólo sirven, como se viene admitiendo desde hace mucho tiempo, de agentes defensores del organismo contra la infección y también para la reabsorción, el transporte y la asimilación de todo género de substancias, sino que además tienen que cumplir con muchas y muy variadas funciones fermentativas, funciones que cada vez habremos de aprender mejor á conocer y á valorar. Si se recuerda que calculando en 6.000 por mil. cúb., la cifra de leucocitos, el conjunto de los existentes en todo el cuerpo viene á representar un órgano del tamaño del cuerpo tiroides, aun prescindiendo de las variaciones que se observan y que no son de poca importancia, no se podrá menos de dudar de que su función tenga una importancia tan considerable para todo el organismo en su totalidad.

Las investigaciones relativas á la historia del desarrollo nos han enseñado que, en el embrión de tres meses, existe una leucocitosis muy considerable y que sólo está representada la forma linfática de los leucocitos; á los seis meses aparecen los mielocitos, y sólo más tarde es cuando se presentan las formas maduras de los granulocitos; en el recién nacido las distintas variedades se encuentran poco más ó menos en las mismas proporciones que en la edad adulta. Se ve, según esto, que en la leucemia presenta la sangre caracteres que corresponden á los que son propios de la vida embrionaria en circunstancias normales.

Respecto á la etiología, cree el autor que no tiene fundamento la opinión de que pudiera tratarse de algún agente específico, y más bien se inclina á creer que debe intervenir de un modo muy esencial algún irritante crónico, tal como una supuración de este carácter, v. gr.: en la cavidad nasofaríngea. A juicio del autor, la leucemia debe ser una especie de proliferación superabundante de leucocitos, análoga á la formación excesiva de granulaciones que se observa en la supuración crónica como resultado de la irritación producida por los estafilococos. No hay más diferencia sino que en el primer caso no siempre se conoce el irritante crónico.

Un punto que dista aún mucho de estar esclarecido, es el referente á la causa del marasmo, muy acentuado, que se observa en los leucémicos. En efecto, para explicarlo no bastan el perecimiento de innumerables leucoci-

tos, ni tampoco la perturbación del metabolismo nutritivo, producida por elementos patológicos (el efecto leucotóxico). Más bien habrá que invocar el déficit funcional de elementos normales, déficit que significa para el organismo un daño de mucha importancia.

Trata también el autor de la acción producida por los rayos Röntgen, acción que se ejerce directamente sobre los leucocitos y también sobre los órganos enfermos. El autor opina que bajo la influencia de dichos rayos se desarrolla en la sangre una substancia reguladora, un fermento que transforma al órgano, que funcionaba de un modo embrionario, en un órgano que vuelve á funcionar de un modo normal.

Las observaciones sobre el tratamiento de la leucemia con los rayos Röntgen se remontan ahora á una fecha de tres años. Cuando se trata de las formas linfáticas de la enfermedad se observa una mejoría en la inmensa mayoría de los casos, pero pronto sobreviene una recidiva que no siempre obedece á tratamiento. En cambio, las recidivas de la forma de células mezcladas son más bien accesibles á la rontgenoterapia. Pero, además de este tratamiento, no debe omitirse la buena alimentación, el reposo y la administración del arsénico.

Respecto al pronóstico, hay que tener en cuenta, como es natural, otros factores, tales como la edad del paciente y, sobre todo, la duración de la enfermedad; cuanto más pronto sea ésta diagnosticada, tanto más pronto también se podrá modificar con el tratamiento. De aquí que no debe de omitirse el examen precoz de la sangre en todos aquellos casos que despierten sospechas por algún motivo, mereciendo ser incluídas en esta categoría todas las afecciones linfáticas de la cavidad nasofaríngea.

Resultados prácticos de la pubiotomía (*Tema presentado por el Dr. P. Kroemer*). — El Dr. *Bumm* hace comparecer á tres mujeres, en las que practicó la laparotomía suprasinfisaria. Se traza una incisión transversal inmediatamente por encima de la sínfisis; con instrumento romo se desvían la vejiga hacía abajo y el peritoneo hacia arriba; se abre el útero por fuera del peritoneo, se hace salir fuera la cabeza y después de esto, por medio de una sutura sencilla y que se pone fácilmente, se cierra la incisión de la porción cervical del útero. Este método de laparotomía se soporta mucho mejor que el intraperitoneal y parece, por lo tanto, que habrá de ser el método del porvenir.

Los métodos modernos quirúrgicos de tratamiento de la pelvis estrecha los considera el autor como un gran progreso de la obstetricia, si se los compara con los antiguos, los cuales, con harta frecuencia, proporcionaban resultados que no tenían nada de satisfactorios. Verdad es que, aun hoy en día, no se puede decir que hayan sido resueltas todas las dificultades, pero es lo cierto que con la adopción de la pubiotomía subcutánea ha adelantado mucho la solución del problema.

El Dr. *Thyse* da cuenta de los buenos resultados que se han conseguido en la clínica de Leipzick con la pubiotomía. La circunstancia de que en la mayoría de los casos queda una cicatriz de tejido conjuntivo y no de tejido óseo, explica los resultados duraderos y favorables que se observan en los partos sucesivos.

El Dr. *Kroemer* presenta á una mujer que, después de pubiotomizada,

se ha vuelto á hacer embarazada. En esta mujer se puede percibir perfectamente cómo ha quedado una cicatriz blanda y flexible.

El Dr. *Müllerheim* establece la comparación entre la sinfisiotomía subcutánea y la pubiotomía, y se declara á favor de la primera de dichas operaciones. Su técnica es más sencilla, no hay posibilidad de producir lesiones accesorias y las condiciones de la herida son más ventajosas, por lo cual nunca puede sobrevenir una infección de tanta transcendencia como en la pubiotomía, puesto que al fin en esta última operación se trata de una fractura complicada. Además, el ensanchamiento de la pelvis es mayor y más duradero.

El Dr. *Kroemer* arguye, en cambio, á favor de la pubiotomía, entre otras ventajas, la de que, ejecutada correctamente, puede decirse que queda excluída la posibilidad de lesiones accesorias.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Artritis purulenta de la rodilla.—Desde 1899 á 1901, el Dr. K. N. Malinowsky ha observado en el Hospital de Vilna 12 artritis persistentes de la rodilla: 3 seropurulentas curaron sin intervención, 5 purulentas fueron tratadas por la artrotomía y el desagüe, y 4 graves terminaron, 3 por la muerte y 1 por la curación, siendo preciso en este caso amputar el muslo. En las artritis purulentas de la rodilla son frecuentes las lesiones del hueco poplíteo, debidas á que como la sinovial carece por detrás de refuerzos aponeuróticos y ligamentosos, se perfora por esta parte con más frecuencia que por delante (5 por 1).

Estos focos periarticulares se reconocen con dificultad porque son subaponeuróticos. Se caracterizan por dolores en el hueco poplíteo, espontáneos ó á la presión; si el dolor se extiende al muslo y á la pierna, indica la infiltración purulenta hacia estas partes del miembro. Hay edema de la pierna y de la rodilla por compresión de la vena poplítea. Al palpar se nota infiltración profunda, pero casi nunca fluctuación. El estado general es grave. En los casos benignos, los fondos de saco posteriores de la rodilla están poco ó nada afectos; pero en los graves lo están siempre, y el grado de gravedad de la afección depende principalmente del de la infección. Si se exceptúa el fondo de saco subcuadricipital, fácil de desaguar, no existe por delante divertículo alguno donde pueda estancarse el pus. No sucede así por detrás, donde abundan estos divertículos (apéndices sinoviales supracondilianos, medios, prolongaciones sinoviales del tendón del poplíteo); á causa de la retracción de su cuello están dispuestas maravillosamente para retener el pus en las sinovitis purulentas. Además, sus paredes son delgadas y pueden con la mayor facilidad infectar el tejido peri-articular.

Cuando la supuración se hace así extra-articular, es imposible evacuar el pus por las incisiones ordinarias y el miembro puede considerarse como

perdido. Para desaguar la articulación de la rodilla en estos casos, recomienda el Dr. Malinowsky el procedimiento siguiente: Por delante se practican cuatro incisiones á los lados de la rótula, dos por delante y dos por abajo. Por fuera se practica una incisión en el tabique intermuscular externo, por encima del cóndilo externo del femur, con la que se abre además el fondo de saco superior. Por dentro se hace una incisión algo por detrás del borde interno de la tibia que, pasando por delante del gemelo interno que se rechaza hacia fuera y atrás, llega al poplíteo, cuyas prolongaciones sinoviales es fácil desaguar así. Con los dos índices introducidos por cada una de estas incisiones y que se dirigen al encuentro uno de otro hacia la articulación, se abre una vía para introducir un tubo de desagüe. Por medio de una pinza curva se pasa un tubo de desagüe á través de la articulación, desde la incisión interna hasta una de las incisiones anteriores, pasando entre las extremidades articulares del femur y de la tibia, evitando los ligamentos cruzados. En cada una de las incisiones anteriores se colocan tubos de desagüe horizontales.

(*Journal de Chirurgie*).—F. Toledo.

El radio en el prurito y en otras dermatosis. — Los Dres. de Beurmann, Wickham y Degrais refieren haber obtenido resultados sumamente notables con el empleo, discretamente dirigido, de las radiaciones del radio en casos de prurito, psoriasis, líquen y en todo género de queratosis. El picor desaparece con relativa rapidez, y lo mismo sucede con el dolor, recobrando la piel sus condiciones histológicas normales.

(*Tribune médicale*, núm. 44).—R. del Valle.

Técnica de la apendicectomía.—El manoseo de los intestinos, y hasta su exposición al aire, dice el Dr. H. Lilienthal, son causas eficacísimas de colapso en las operaciones abdominales. Para evitar este peligro en la apendicectomía, aconseja el siguiente método operatorio: Se hace una incisión pequeña en el sitio que prefiera el operador, y por medio de un dedo enguantado se localiza el ciego; se extrae parte de él por medio de una pinza ordinaria y se localiza la base del apéndice, para lo cual es preciso manosear algo el intestino por fuera del abdomen. Una vez puesta al descubierto la base del apéndice, se pasa á través del *mesenteriolum* un cordonete que se utiliza después para ligar el órgano; los extremos del cordonete se dejan bastante largos y se anudan ó sujetan con un cepo. El apéndice y el resto de los intestinos se introducen de nuevo en la cavidad abdominal. Tirando del cordonete aparece en la herida sólo la base del apéndice. En la mayor parte de los casos, extirpar todo el apéndice aunque esté muy adherido. Mientras se deja libre y se extirpa el apéndice, éste órgano es el único que ocupa el campo operatorio.—(*American Journal of Surgery*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

(Continuación).

Además de las anteriores observaciones personales que pusimos en primera línea, porque dan la norma del adelanto científico en nuestro país, y porque nos hacen ver cuán realizable es el procedimiento, hemos de citar las siguientes, recogidas en la prensa profesional extranjera, y practicadas por especialistas prestigiosos:

Ferguson (1), 2 decapsulaciones con 2 curaciones.

Georges Edebohls (2), 51 decapsulaciones con 37 curaciones y 14 fallecimientos.

Dr. Ramón Guiterás (de New-York) (3), 2 decapsulaciones seguidas de curación.

Dr. A. T. Cabot (4), 2 decapsulaciones seguidas de una defunción y una curación.

Dr. J. W. Elliot (5), 2 decapsulaciones seguidas de curación.

Dr. Robert Sorel, del Havre (6), una decorticación doble seguida de curación.

(1) Ferguson: *Medical Standari*, Chicago, junio, 1899. XXII.
(2) Edebohls: *Boston Med. and surg.*, 12 marzo, 1903.
(3) Guiterás: *The New-York Medical Journal*, 17 mayo, 1902.
(4) Cabot: *Boston Med. and surg. Journal*, 23 octubre, 1902, p. 456.
(5) Elliot: *Boston Med. and surg. Journal*, 23 octubre, 1902, p. 457.
(6) Robert Sorel: Du traitement chirurgical des nephrites. *Le Nottens*, París, 1903.

Dr. Pasteau (1), 5 decapsulaciones seguidas de 3 curaciones y 2 defunciones.

Dr. Escat, de Marsella (2), una decapsulación seguida de muerte.

Dr. Sorel, de Dijon (3), 2 decapsulaciones seguidas de curación.

Dr. Félix Legueu (4), cita tres enfermos á los cuales hizo la nefrotomía seguida de decapsulación, curando los tres enfermos.

Dr. Cauterman (5). El autor hace relación, entre otros, de un enfermo operado de decapsulación, y el cual falleció.

Dr. Tyson (6), una decapsulación seguida de curación.

Dres. Claude y Duval (7), 2 decapsulaciones con una curación y una defunción.

Dr. Giordano (8), 3 casos de nefritis crónica operados por decorticación renal, con 2 curaciones y una defunción.

Dr. Vidal, de Arras (9), cita dos enfermos operados de decapsulación que curaron.

Dres. Boyd y Beattie (10), citan un enfermo operado de decapsulación unitaleral, que murió cuatro meses después de operado, por no aceptar la decapsulación del segundo riñón.

Como puede verse por las observaciones personales, así como en los casos recopilados de la prensa extranjera, la decorticación renal está muy lejos de ser una intervención grave en la nefritis crónica, pues en total se puede reunir una estadística de 85 casos con 62 curaciones y 22 defunciones, lo cual da una mortalidad de 25'8 por 100, proporción muy exigua y que puede ofrecer cualquier procedimiento operatorio ya consagrado en la práctica y considerado como benigno.

La decorticación, pues, por su exigua mortalidad, por la sencillez de su técnica, por su escaso peligro y grande eficacia, es el procedimiento quirúrgico de elección en la nefritis crónica, hasta

(1) Pasteau: Association française d'urologie. Sesión del 21 octubre, 1904.
(2) Escat: » » » » » 21 octubre, 1904.
(3) Sorel: » » » » » 21 octubre, 1904.
(4) Legueu: » » » » » 21 octubre, 1904.
(5) Cauterman: *Annales de la Société Medico-Chirurgicale d'Anvers*, marzo-abril, 1904.
(6) Tyson: *New-York Med. Journal*, 10 octubre, 1903.
(7) Claude y Duval: *Presse Med.*, 15 febrero, 1905.
(8) Giordano: Association française d'urologie, *Presse Med.*, 14 octubre, 1905. *Riviste veneta di scienze medicale*, 31 mayo, 1906.
(9) Vidal: XVIII Congrès de l'Association franc. de chirurgie, 1905.
(10) Boyd y Beattie: *Edimburg Med. Journal*, abril, 1905.

el extremo de que el mismo Pousson así lo reconoció en el Congreso de Lisboa.

También se deduce de la estadística, que tiene una más amplia aplicación que en las nefritis agudas en las nefritis crónicas, pues en aquéllas la mortalidad es mayor, acaso por operar á los enfermos más avanzados y cuando ya la medicina pronunció su última palabra, conducta que aún no estamos autorizados para modificar. Pero en la nefritis crónica, en la cual sabemos el escaso valor de la fuerza medicatriz del organismo, debemos plantear el problema de la decorticación y llevarlo á efecto cuanto antes podamos, única manera de obtener resultados satisfactorios y de reducir al mínimum la mortalidad.

El resultado hasta cierto punto halagador en las nefritis agudas de la decorticación renal, y absolutamente satisfactorio en las nefritis crónicas, hizo pensar á los urodólogos en la aplicación de esta intervención operatoria á otros procesos patológicos renales ó á aquellos en los cuales pudiera ser el riñón alterado el responsable más ó menos directo de la enfermedad. De la aplicación, ya consagrada en la práctica, de la decorticación renal, nació el propósito de tratar por la misma terapéutica operatoria las nefrorragias esenciales, las nefralgias, la anuria puerperal, la anuria histérica, la eclampsia puerperal, y lo que es más extraordinario, la cirrosis hepática común, en la cual no ha mucho, el Dr. Phocas, de Atenas, empleó con éxito la decapsulación del riñón. Estudiaremos sucesivamente cada una de estas indicaciones.

Israel, según las observaciones presentadas á la Sociedad de Medicina interna de Berlín, en su sesión del 20 de enero de 1902, ha tenido ocasión varias veces de tener que intervenir quirúrgicamente en enfermos á los cuales había diagnosticado de litiasis ó de tuberculosis renal, y en los que agotados los recursos de la ciencia para combatir sus nefrorragias, se hacía preciso por lo menos abrir el riñón para extraer el cálculo originario de la hemorragia ó enterarse del estado del riñón supuesto tuberculoso, para en caso preciso hacer una nefrectomía. Con gran asombro, en algunos casos no encontró ni cálculos, ni lesión tuberculosa, y lo más extraordinario es que cesó la nefrorragia después de la intervención operatoria para no volver á aparecer.

En efecto, en estos casos se trataba de una nefrorragia esencial, sin lesión aparente, *sine materia*, con una tensión sanguínea intrarrenal grande, que desapareció con la división de la cápsula y del

riñón, la cual en primer lugar practicó una sangría local, asegurando el equilibrio circulatorio para lo sucesivo.

Según Israel, estas hemorragias sobrevendrían á consecuencia de un aumento de tensión de la cápsula fibrosa del riñón y de la congestión renal que aquélla determina; por esta razón, la nefrotomía ó la decorticación moderarían esta presión exagerada y producirían una emisión sanguínea local, ventajosa en estas circunstancias bajo todos conceptos.

Como dice muy bien Ivert (1), por aventurado que sea el método, más vale en estos casos intervenir que permanecer pasivamente ante estos enfermos, presenciando, sin emplear recurso alguno, la muerte del desgraciado que nos encomendó el cuidado de su vida.

La misma suerte cupo á la nefrotomía y á la decorticación en ciertos casos de dolores violentos en el riñón, y que por su persistencia hicieron creer en la existencia de un cálculo, ó en la de un proceso inflamatorio renal. La intervención no permitió discernir lesión alguna en estos casos de nefralgias rebeldes, pero en cambio desapareció el dolor después de la operación, de modo que en casos de dolores violentos y rebeldes, cuando han fracasado los demás medios, es posible aún obtener algún resultado con la intervención operatoria, acaso por el mismo mecanismo de que ya hemos hablado al tratar de las nefrorragias esenciales. También de una manera incidental se ha llegado á investigar la acción de la nefrotomía sobre la anuria histérica, y como no se cita en la literatura médica sino un caso de Pousson, y como es muy fácil que se hubiera logrado el mismo efecto con la decapsulación, citaremos á grandes rasgos la observación en cuestión (2).

Se trataba de una joven, criada de un médico, de naturaleza nerviosa, con ideas místicas durante su adolescencia y que hacía dos años presentaba trastornos en la secreción urinaria. En esta época permanecía de cinco á seis días sin dar una sola gota de orina, después excretaba algunos litros en veinticuatro horas y se restablecía la función. Poco á poco se fueron haciendo más frecuentes las crisis de anuria, y al cabo de cinco ó seis meses la enferma no dió ni una sola gota de orina. Sin embargo, una aplicación de sanguijuelas á la región lumbar ó algunas ventosas, lograron aún restablecer por algunos días la secreción.

(1) Ivert: *Revue de chirurgie*, septiembre 1904.

(2) Comunicación presentada por Pousson á la Societé de medicine et de chirurgie de Bordeaux, 7 noviembre 1903.

En este estado consultó la enferma á M. Pousson, el cual, no encontrando ninguna lesión anatómica ni material, envió á la joven á su colega el profesor Pitres. Después de algún tiempo de estancia en la sala de este último, salió casi en el mismo estado que había entrado.

La situación se agravó; los vómitos y la diarrea, que antes tenían lugar de vez en cuando, fueron frecuentes durante el día, se presentaron dolores en el riñón derecho, tan acentuados por la noche, que hubo que recurrir á las inyecciones de morfina. Dada la situación tan intolerable de la enferma y como pidiera ésta misma la operación, á pesar de no observarse aumento alguno de volumen en el riñón derecho, M. Pousson decidió intervenir quirúrgicamente, aunque no fuera más que para darse cuenta del estado del riñón.

El riñón apareció sano, pero para cerciorarse mejor de su estado se incindió por el borde convexo y en toda su extensión, colocando después en él una sonda de Pezzer. No se pudo descubrir lesión alguna, pero la tarde misma del día que se hizo la operación, dió la enferma por cateterismo 180 cent. cúb. de orina sanguinolenta: por la noche orinó espontáneamente 250 cent. cúb. de un líquido rosado. Fué aumentando sucesivamente hasta oscilar entre 1.500 y 2.000 cent. cúb. en las veinticuatro horas.

Este caso no puede decidir nada en pro de la nefrotomía, ni de la decapsulación, ni aun de la intervención operatoria, pues á más de ser único, las noticias de él no alcanzan sino á las tres semanas después de la operación, y lo más probable es que se haya presentado la anuria nuevamente. Sin embargo, citamos el caso como una curiosidad en las indicaciones de la nefrotomía, y como una esperanza en las indicaciones de la decapsulación, por ser ésta más benigna y más breve que la nefrotomía.

En parangón con la historia que acabo de citar de anuria histérica, he de citar ahora otra de anuria puerperal, tratada por decapsulación del riñón y debida al Dr. Henri Hartmann (1), en la cual seguramente se hubiera logrado salvar á la enferma, á no ser por los síntomas que acompañaban á la anuria.

Observación I.—Mme. X..., de veintisiete años de edad, tuvo su primer hijo á los veintiún años. El parto normal fué seguido de eclampsia y de albuminuria, que desapareció al cabo de algún

(1) Hartmann: *Annales de Ginecologique et d'Obstetrique.* Junio de 1906.

tiempo. A los cuatro meses un aborto de tres, sin incidentes. A los veinticinco años, segundo parto á término, también sin incidentes.

El 6 de marzo de 1905, la enferma pare de nuevo un niño de término, el parto es normal y el alumbramiento rápido. Aparte de una diarrea que padeció ocho días antes del parto, no se puede señalar nada importante.

Cuarenta y ocho horas después, el 8 por la tarde, asciende la temperatura á 38°,2; el 9, á 39°; el 10, á 39°,3. Se comienzan entonces lavados intrauterinos con oxicianuro de mercurio; el 11, en el momento del lavado, experimenta sensación de ahogo; 39°,5; el 12, la temperatura de 39° por la mañana, asciende por la tarde á 40°; durante todo el día, la enferma no da ni una sola gota de orina. Esta anuria persiste los días siguientes, acompañándose de vómitos, de deposiciones biliosas, mucosas y algo sanguinolentas.

El 16, el profesor Gilbert ve á la enferma y prescribe una maceración de riñones de cerdo. Continúa la anemia, se agrava el estado general y es llamado el Dr. Hartmann el día 18.

Encuentra á la enferma abatida, en un estado semitórpido y con palidez de semblante; contesta bastante bien á todas las preguntas; saca la lengua cuando se le dice, pero la deja fuera y no la mete hasta que se le obliga á ello; las pupilas están normales y contráctiles; persisten la diarrea y los vómitos. El examen del abdomen y del útero, no revela nada de particular. Con la sonda se extraen 20 cent. cúb. de una orina turbia, algo coloreada de sangre. La densidad es de 1.013; contiene 7'68 gramos de urea por litro; no se observan en ella cilindros, pero sí leucocitos y algunos hematíes.

Se decide continuar con la maceración de riñones de cerdo, prescribiendo además inyecciones de suero y agua lactosada.

El día siguiente, 19 de marzo, el estado de la enferma es el mismo, por lo cual se decide la decapsulación del riñón derecho.

Se descubre éste con rapidez; se decapsula inmediatamente, una vez incindida la cápsula, apareciendo el riñón turgente y de color obscuro; se coloca en él un tubo de desagüe, y el resto de la herida se cierra.

El 20 de marzo se recogen 75 cent. cúb. de orina turbia, difícilmente clasificable por filtración, y de olor amoniacal; se encuentran en ella numerosos leucocitos, hematíes, algunos cristales de fosfato amonicomagnésico y albúmina en cantidad. Urea, 6'3 por

litro; cloruros, 5'75. Siguen las deposiciones líquidas; un vómito negruzco; la facies continúa pálida; el pulso, 120; la temperatura de 36°,8.

Por la tarde, 37°, y un poco de somnolencia.

El 21 de marzo se recogen también 75 cent. cúb. de orina. Temperatura, 36°,7; pulso, 116; los vómitos y la diarrea han cesado; las pupilas son normales; durante la noche hay un poco de agitación, pero á la mañana siguiente la enferma está más bien soñolenta.

Se presenta el coma después del medio día y muere por la tarde.

Como dice muy bien el autor, en este caso, dado el estado del riñón, fuertemente congestionado, y con una compresión intensa, estaba indicadísima la decorticación renal, conducta que no debe censurarse, á pesar del desenlace fatal de la intervención.

Esta observación de anuria puerperal, tratada por decorticación, aun cuando terminó por la muerte, nada dice ni en pro ni en contra de las indicaciones de la decorticación renal en semejantes casos, pues acaso si estas observaciones fueran más numerosas, la estadística de mortalidad sufriría una grandísima variación. Sin embargo, debemos citarla como caso curioso, para que sirva de enseñanza en el porvenir.

Guiados los cirujanos por el resultado obtenido en las nefritis con la decorticación renal y, teniendo en cuenta que la eclampsia puerperal, en último resultado, no es más que una intoxicación sanguínea, debida á un veneno de origen y naturaleza aún indeterminados, pero en la cual predominan las lesiones renales, cerrando, por lo tanto, una de las puertas más principales para los principios de desecho del organismo, llegaron á concebir la idea de aplicar á la eclampsia puerperal la decorticación del riñón.

En vista de la inutilidad en muchos casos del tratamiento médico para la eclampsia puerperal, viendo la absoluta indiferencia de esta enfermedad para la dieta láctea, la dieta hídrica, las enteroclisis, los purgantes, las emisiones sanguíneas y aun las inyecciones hipodérmicas de agua salada, al Dr. Georges Edebohls se le ocurrió combatir los casos desesperados por los medios quirúrgicos, empleando la decorticación renal.

El primer caso conocido lo operó Edebohls el 13 de abril de 1903, y como son escasas las observaciones publicadas, vamos á citar primeramente ésta del cirujano neoyorkino y después otra del Dr. Pousson.

Observación I.—*Eclampsia puerperal al séptimo mes del embarazo. Decorticación doble. Curación* (Edebohls, *Gazette des hôpitaux*, 1903).—X..., joven de veintitrés años, primípara. En el cuarto mes de su embarazo padece fiebre tifoidea, en el sexto aparece la albuminuria y á los siete meses y medio sobrevienen accidentes eclámpsicos lo suficientemente graves para que se crea útil provocar el parto. Después de esto, Edebohls se decide á practicar la decapsulación bilateral del riñón.

La operación duró exactamente, reloj en mano, veintitrés minutos. Bajo el punto de vista anatomopatológico, el examen de los órganos hecho á la ligera permite observar lesiones inflamatorias agudas en el riñón y un ligero aumento de volumen. La decorticación de los dos lados se hizo sin grandes dificultades, y la resección total de la cápsula fué muy sencilla.

En cuanto á los resultados, fueron superiores á lo que se esperaba.

Después de la intervención no hubo nuevas crisis, y todos los síntomas graves de la uremia desaparecieron, aun cuando la enferma tardó dos días en recobrar el conocimiento. El puerperio fué tan feliz como los que se observan después de un parto normal. La herida lumbar y las del cuello uterino se cerraron por primera intención. La enferma no guardó cama sino tres semanas, como en toda decapsulación renal. Al cabo de este tiempo se levantó en perfecto estado de salud.

El examen químico y microscópico de las orinas hecho diariamente durante dos semanas consecutivas, después de la operación, mostró una curación rápida de las lesiones renales.

Un mes después no se encontraba en la orina más que vestigios de albúmina, y algunos muy raros cristales hialinos.

El 6 de junio, cincuenta y tres días después de la operación, la orina es absolutamente normal y la salud completa.

(*Concluirá*).

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DR. D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto rino laringológica del Hospital de la Princesa.

SUMARIO: I. La operación de Denker en los tumores malignos de la nariz.—II. Relaciones entre las enfermedades de la nariz y de los ojos.—III. De la importancia de los rayos X y del radium en rino-laringología.—IV. De la laringostomía.—V. Dos casos clínicos de laringostomía.

I. Ya en otra ocasión nos hemos ocupado de la técnica operatoria propuesta por Denker para el tratamiento de la sinusitis maxilar crónica, y ahora, siguiendo al autor, nos proponemos desarrollar la ampliación de sus indicaciones, que alcanzan al tratamiento de los tumores malignos de las fosas nasales.

No constituye la misma operación la propuesta para ambas clases de afecciones, siendo de naturaleza y localización tan diferentes, sino que la técnica propuesta para el tratamiento de la sinusitis representa la vía de acceso y el primer tiempo en la operatoria de los tumores malignos.

La técnica es como sigue: antes de comenzar la operación se introduce, lo más atrás posible de la fosa nasal, un tapón empapado en una solución hemostática de cocaína-adrenalina, al mismo tiempo que una tira de gasa, plegada varias véces, es introducida entre los últimos molares, saliendo su extremo por la comisura labial. Se practica una incisión en el repliegue de la mucosa gingival, que principia sobre la última muela y se extiende dos centímetros al otro lado de la línea media. Los tejidos blandos se desprenden del hueso en una extensión la mayor posible, de modo tal, que resulte al descubierto toda la cara externa del maxilar superior, la apófisis ascendente hasta el propio de la nariz, quedando bien libre el reborde de la abertura piriforme, así como el reborde orbitario antro-interno, resultando, como se ve, un extenso colgajo que lleva en su espesor el nervio infraorbitario, debiendo ser sostenido por ganchos agudos que ocupen poco espacio en el campo operatorio. Con instrumento de curva apropiada se despega ahora la mucosa del canal inferior de la fosa nasal partiendo de la abertura piriforme, seccionando en seguida con fuertes tijeras la inserción del cornete inferior. Se practica la resección total de la pared facial del seno

maxilar, quedando á descubierto toda la extensión de su cavidad, cuya mucosa debe ser extirpada completamente, bien sea porque á la neoplasia maligna acompaña una sinusitis de vecindad, ó ya porque la mucosa participe del proceso. Ahora precisa resecar toda la pared interna del seno maxilar, comprendiendo el ángulo derecho anterior, donde forma arista el borde de la abertura piriforme; tiempo operatorio que se ejecuta fácilmente con pinza gubia cortante, con la que á pequeños golpes se reseca también toda la apófisis ascendente y la parte necesaria del propio de la nariz hasta el ungüis, siendo fácil ahora la extirpación con tijeras de la mucosa de la pared lateral nasal, resultando que si la neoplasia radicase en las zonas inferiores ó medias, sería extirpada al mismo tiempo. Si hubiera necesidad de prolongar la intervención á zonas más altas, nos encontraremos con una amplia cavidad en la que resulta fácilmente accesible el laberinto etmoidal y el seno esfenoidal, cuyas paredes y trabéculas óseas pueden ser resecadas fácilmente con instrumental y técnica que no se precisa detallar. Es claro que para estos tiempos operatorios se precisa una fuerte iluminación, alcanzando la vista á todo el cavum, pudiendo resecarse la porción de tabique nasal que fuera necesario si estuviera interesada. Si el seno frontal estuviera interesado, sería necesaria su apertura ensanchando el conducto nasofrontal, para cuya tarea hay gran facilidad después de la resección previa del laberinto etmoidal. Después de extirpado todo aquello que parezca sospechoso, se tapona la cavidad con gasa yodoformada, suturando la herida bucal. Al cuarto día se quita el tapón, al quinto la sutura y al décimo día el enfermo mismo lava su cavidad.

El Dr. Denker ha operado de esta manera seis enfermos, con una mínima cantidad de hemorragia y facilidad considerable en la técnica. Si ahora, de nuestra propia cosecha, queremos hacer un juicio crítico sobre el procedimiento expuesto, resumiremos nuestro criterio diciendo que sin rechazar la técnica de Denker, debe ser limitada para los casos apropiados en que el asiento de la neoplasia aparezca limitado á la pared lateral y zonas inferiores de la fosa nasal con inclusión probable del seno maxilar. Es verdad que el mismo criterio aplicamos á todas las intervenciones hasta la fecha propuestas, pues desde la de Nélaton, la de Partsch, la de Moure, etcétera, y la misma resección total del maxilar superior, deben supeditarse en sus indicaciones al asiento y extensión de la neoplasia maligna.

II. Desde los comienzos de la rinologia viene desenvolviéndose la idea de las conexiones fisiopatológicas entre las fosas nasales y los órganos intra-orbitarios, habiendo llegado en este punto á desentrañar variedad de procesos, cuya etiología aparece hoy con claridad. El fundamento de estas conexiones, seguramente se encuentra en la multiplicidad de relaciones anatómicas existentes entre las fosas nasales y la cavidad orbitaria. Desde el seno esfenoidad, que tanta relación tiene con el quiasma y el nervio óptico, hasta las células etmoidales, cuya mucosa de revestimiento tan sólo está separada del tejido celular orbitario por una delgadísima lámina ósea, algunas veces dehiscente, y la cavidad del seno maxilar que alcanza toda la extensión del suelo orbitario y la mucosa del seno frontal, que en muchas ocasiones está desenvuelta á modo de bóveda sobre el techo orbitario y el conducto nasal que tan directa comunicación establece con el aparato lagrimal, se aprecian tan extensas é íntimas conexiones entre los dos sistemas orgánicos, que consideramos que parece imposible que rinólogos y oculistas puedan vivir sin el consorcio científico necesario para que, á pesar de la especialización profesional, aparezca la ciencia siempre una é indivisible.

Por otra parte, las relaciones vasculares y nerviosas son tan estrechas, que la transmisión de procesos flebíticos y las lesiones ópticas, así como los reflejos en la zona oftálmica, son de una fácil explicación, pues el nervio óptico se encuentra en una vecindad muy próxima del seno esfenoidal y los nervios etmoidales que se distribuyen por las porciones altas de las fosas nasales, son emanación directa del ramo nasal del oftálmico.

Por esto está justificado que en el Congreso Internacional de Rinolaringología, habido en Viena en el mes de abril, haya sido ésta una de las cuestiones tratadas, siendo ponentes los Dres. Kuhnt (de Bonn) y Onodi (de Budapest). El Dr. Kuhnt desarrolla los conocimientos adquiridos sobre las relaciones entre las afecciones oculares y las de los senos perinasales, siendo nota particular de su observación el dato de que el empiema del infundibulum y de las células etmoidales anteriores provoca con mucha frecuencia la perforación de la pared ósea, la inflamación del canal lagrimal y la pericistitis flegmonosa.

Estudiando la relación de las rinopatías con las enfermedades lagrimales, las encuentra un 93 por 100 de veces, como efecto directo; lo que, en verdad, encontramos un tanto exagerado, y que de ser cierto exigiría una revolución práctica en la materia, haciendo que

las afecciones de las vías lagrimales fueran de la competencia casi exclusiva del rinólogo.

La insistencia particular que muestra el Dr. Kuhnt sobre el hecho de que la gran mayoría de afecciones eczematosas palpebrales, de catarros supurados y de blefarospasmo esté asociada á la presencia de vegetaciones adenoides, no nos parece una prueba de relación de causalidad, siendo más bien atribuible á las condiciones generales orgánicas, que favorecen la presentación de lesiones diferentes en órganos apartados, sin otra relación de parentesco que la proporcionada por la madre común, es decir, el estado distrófico del sujeto en cuestión.

Las afecciones del iris y de la coroides, así como el glaucoma, no las considera el Dr. Kuhnt en relación frecuente de causalidad con las rinopatías y, por el contrario, encuentra una relación evidente entre el desprendimiento de la retina, los opacidades del cuerpo vítreo, la disminución de la agudeza visual y aun la ceguera completa después de las intervenciones endonasales, así como se ha podido notar el estrabismo y exoftalmía después de la extracción de pólipos, la ceguera después de epistaxis repetidas en los adolescentes y neuritis oftálmica después del abuso del cauterio.

Un punto que sería de difícil demostración, es el que hace referencia á la pretendida influencia perjudicial para el ojo, que tendrían las toxinas absorbidas en los focos supurados endo y peri-nasales, pues aunque semejante afirmación no me parece absurda, exigiría un estudio experimental que todavía no ha sido realizado.

El Dr. Onodi, que, como es sabido, ha dedicado una gran actividad al estudio de la anatomía de las cavidades accesorias nasales, metodizando una porción de relaciones anatómicas anómalas y que ha desentrañado la manera de ser del laberinto etmoideo esfenoidal, concede una gran importancia al tratamiento rinológico en determinados padecimientos oculares que, de otro modo, pueden conducir á la amaurosis, puesto que la infección y la inflamación, originadas en las cavidades posteriores, se propagan fácilmente al fondo orbitario, donde ponen en peligro la vitalidad del nervio óptico, cuya vulnerabilidad del manojo central recuerda muy oportunamente.

En su entusiasmo por la rinología, camina un poco á prisa el doctor Onodi, puesto que afirma qne los progresos de la cirugía rinológica han abierto á la intervención la región del quiasma, la parte intracraneana del nervio óptico, la hipófisis y el seno cavernoso.

Yo recomiendo á mis lectores no tomen al pié de la letra semejante afirmación, pues más que una conquista real se trata de una posibilidad anatomoquirúrgica y de algunas tentativas atrevidas y desgraciadas, representando más bien una aspiración para el porvenir.

III. Los rayos X han llegado á obtener tal importancia en rinolaringología, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, que en el Congreso de Viena se ha considerado conveniente hacer una relación de los progresos realizados, habiendo sido el Dr. Burger (de Amsterdan) el encargo de hacerla, verificando un resumen completo, que ha sido completado por el Dr. Gradenigo (de Turín), en lo que hace referencia á las aplicaciones terapéuticas. Los rayos X han permitido determinar que la osificación de los cartílagos de la laringe comienza hacia los dieciocho años de edad.

Han sido de particular utilidad en el estudio fisiológico de la respiración, de la deglución, de la fonación, de los movimientos del diafragma y de los movimientos de la lengua. Donde se ha mostrado particularmente interesante, ha sido en el diagnóstico de la presencia de cuerpos extraños alojados en cualquier punto de las vías aereodigestivas. La investigación radioscópica es un acto que debe preceder á la esofagoscopia y á las maniobras de extracción esofagoscópica, determinándose así muchas veces que el cuerpo que se pretendía extraer ha sido deglutido y reside en el estómago ó los intestinos. Cuando la broncoscopia no suministra datos precisos sobre la presencia de un cuerpo extraño, la radioscopia hace la confirmación con claridad, siendo en esto más fiel aún que la radiografía. Para el diagnóstico de las fracturas nasales, cuando la infiltración sanguínea y la tumefacción hacen difícil el reconocimiento, es el empleo de los rayos X de una ayuda eficaz, así como también en la determinación de la existencia de determinadas neoplasias de localización orbitonasal. Para el diagnóstico de las sinusitis, no ha llegado todavía á adquirir importancia preponderante, siendo de alguna utilidad en las sinusitis fronto-etmoidales, de escasa importancia en la sinusitis maxilar y de ninguna en las afecciones esfenoidales. En la tráquea, determinadas estenosis y desviaciones pueden ser dilatadas mejor que por la traqueotomía, y en las lesiones mediastínicas que, como los ganglios tuberculosos y los aneurismas, pueden tener una resonancia sobre el funcionamiento laringotraqueal, es la radioscopia de una utilidad indudable para precisar muchos casos dudosos. Ultimamente, los rayos X han permitido determinar una causa rara de parálisis recurrencial, la estenosis mitral.

Para la determinación de algunas lesiones esofágicas, merced al empleo de sondas metálicas y saquitos de bismuto, así como para el diagnóstico de los divertículos esofágicos, merced al empleo de los globos insuflables por medio del aire, ha sido de utilidad indudable el empleo de los rayos X.

El Dr. Gradenigo, pasando revista á las aplicaciones terapéuticas, dice que la acción destructora de los rayos X no alcanza más que á la profundidad de 1 centímetro, debiendo tener siempre presente que, merced á la absorción de los productos fruto de la destrucción ocasionada en algunas masas neoplásicas, se han observado fenómenos de intoxicación, que en algún caso ha llegado á ocasionar la muerte. Para la parte externa de la nariz y los labios proporcionan los rayos X, empleados en el tratamiento de ulceraciones, cicatrices más regulares que las obtenidas por el cauterio y la cirugía. El cancroide y las lesiones lúpicas han sido beneficiadas grandemente, siendo particularmente recomendable la radioterapia, posteriormente al tratamiento quirúrgico. El *ulcus rodens* ha parecido particularmente resistente. Contra los eczemas y el sicosis del vestíbulo nasal, así como en el escleroma y la leucoplasia bucal, se ha mostrado muy eficaz, siendo nulo su efecto sobre la evolución de las neoplasias epiteliales de las mucosas. Ciertos linfosarcomas de la amígdala han sido beneficiados grandemente, aunque en realidad la curación total no se ha obtenido. Se ha ensayado contra el ozena y la laringitis tuberculosa con éxito variable y ha resultado ineficaz en el cáncer laríngeo. En el tratamiento de los ganglios cervicales se ha observado en ocasiones una tendencia rápida á la evolución caseosa y la presencia de fenómenos de intoxicación.

El tratamiento por el radium ha suministrado unos resultados semejantes á los obtenidos por los rayos X, aunque con menor energía. Tiene el radium la ventaja de poder obtener una dosificación más precisa y de poder llevar su acción sobre las mucosas inaccesibles á los rayos X. Los más útiles son los rayos γ (gamma), siendo preferible excluir los rayos α, β.

IV. Es la laringe y tráquea, espacio cilindroide en el que los procesos cuya última evolución es la cicatriz, tienen por resultado final el estrechamiento de su calibre y aun la obstrucción completa, siguiendo en esto la ley de las cicatrices en todo conducto orgánico.

Contra estas estenosis oponía el arte, hasta la fecha, la traqueotomía, de interés vital y utilizable como vía de tratamiento, y las diversas maniobras que, ya de un modo mecánico ó ya de un modo

cruento, procuraban la dilatación gradual y la excisión y aun extirpación del tejido fibroso estenosante, utilizando para ello, bien la vía bucal ó la artificial creada por la traqueotomía. El resultado operatorio era problemático y obtenido con gran pena, y la reproducción de la estenosis era muy de temer. No debemos insistir sobre las ideas expuestas, pues la explanación completa aparece en todos los tratados clásicos y aquí sólo debemos atenernos al enunciado, como introducción á los conceptos que vamos á transcribir sobre la *laringostomía*, operación nueva que, cual su nombre indica, consiste en el establecimiento de una abertura permanente en la laringe.

Los datos que siguen son tomados de una publicación del Dr. Baratoux, aparecida en la *Pratique Médical*, núm. 122.

La primera operación de esta clase fué practicada por el doctor Ruggi (de Módena), el año 1898. A ésta, que sólo puede llamarse tentativa, sucedieron otras de Jaboulay y de Beco en 1901, que tampoco pueden apellidarse brillantes. Tres operaciones practicadas por Killian (de Fribourg), con éxito, para corregir estenosis cicatrizal laríngea, marcan un paso decisivo en la historia de la operación y un progreso instrumental con la adaptación de su cánula en T.

La comunicación que los Dres. Sargnou y Barlatier hicieron en 1907 á la Sociedad francesa de laringología, marca una etapa decisiva, pues el Dr. Sargnou sólo ha operado 11 enfermos, que representan más de la tercera parte de las operaciones practicadas hasta la fecha. El procedimiento operatorio señalado por Killian parece el que llena mejor la finalidad propuesta, y se divide en cuatro tiempos: 1.°, laringofisura; 2.°, dilatación y cura; 3.°, autoplastia; 4.°, sostenimiento provisional de una abertura traqueal de seguridad.

1.° *Laringofisura.*—Puede ser parcial ó total, siendo de ordinario una laringotraqueotomía que, si previamente existe practicada una traqueotomía baja, puede ejecutarse dejando un puente traqueal entre la traqueotomía y la laringotraqueotomía.

Puede ejecutarse con anestesia general ó bien con anestesia local, practicando inyección de 2 á 3 cent. cúb. de la solución siguiente de Schleich:

Clorhidrato de cocaína.....	0'20 centígramos.
» de morfina.....	0'025 —
Cloruro de sodio.....	0'20 —
Agua fenicada á 50 por 100.....	II gotas.
Agua destilada.....	100 gramos.

Se coloca el paciente en la posición de Rose y se sigue la técnica de una laringotomía cualquiera hasta llegar al tejido cicatrizal intralaríngeo que se pretende destruir, para lo que se incinde hasta la pared posterior, teniendo cuidado de no perforar el esófago. Se sutura entonces á la piel la incisión practicada en la laringe, empleando una seda fuerte, según consejo de los Dres. Vignard y Beco. Se aplica en seguida un tubo de caucho rojo de 4 á 6 centímetros y de un diámetro que varía entre los números 15 y 20, según el grado de la estenosis. Este tubo está tallado en pico de flauta en uno de sus extremos y redondeado en sus bordes, lo que se obtiene fácilmente pasándolo á la llama. Con el fin de evitar el paso de los alimentos á la tráquea, se obtura el calibre del tubo con gasa bien comprimida. El tubo debe estar vaselinado para facilitar su adaptación á los tejidos cicatrizales, lo que hace más activo el fenómeno de desgaste y esfacelo, proceso según el que probablemente se realiza la desaparición del tejido fibroso. La parte superior del tubo no sobrepasa el nivel de los aritenoides, y la parte inferior, cortada en pico de flauta, se adapta por detrás de la convexidad de la cánula traqueal, la que no sobrepasa. La alimentación debe ser líquida durante los primeros días, siendo necesaria una vigilancia asidua y un verdadero rigor de antisepsia en las curas, durante la primera semana, que es cuando las complicaciones broncopulmonares son de temer.

2.° *Dilatación.*—Se cambia el tubo cada dos días, pudiendo dejarle tres ó cuatro días, al cabo de un mes, y aun seis y ocho días, más tarde; teniendo siempre un esmero particular en la limpieza, para lo que debe emplearse un tubo nuevo. El aumento de calibración debe ser muy gradual para evitar traumatismos violentos sobre la superficie que pretendemos modificar. De este modo, se observa la desaparición gradual del tejido de cicatriz que es sustituído por uno más blando, recobrando el conducto, el calibre normal.

3.° *Autoplastia.* — Generalmente, una vez obtenida la dilatación propuesta, se precisa una operación autoplástica para cerrar la abertura laríngea; la que se puede ejecutar, según la técnica de Larrey, la de Nélaton ó la recomendada por Killian, siendo todas en esencia lo mismo y quedando reducidas al tallo de colgajos en la proximidad de la herida que se recubre por deslizamiento, suturándolos en la nueva posición. El operador puede combinarlos á capricho, según las necesidades del momento, ateniéndose á los principios generales en estas autoplastias.

4.° *Mantenimiento de la abertura traqueal.* — Es una precaución útil hasta tanto que el éxito operatorio parece asegurado.

V. De una comunicación del Dr. Sieur á la Sociedad de Cirugía de París, en la sesión del 3 de junio último, en la que se reproducen los conceptos teóricos generales que hemos apuntado al relatar la publicación de Baratoux, sacamos el extracto de las dos historias clínicas siguientes, que completan el capítulo anterior.

Observación 1.ª — *Estenosis laríngea de origen tífico, tratada por la laringostomía y la dilatación.* — Un hombre de veinticinco años contrae una tifoidea, sobreviniendo en la convalecencia accidentes laríngeos que obligan á practicar la traqueotomía, tras lo que, durante un año, se sigue expectoración purulenta con fragmentos de cartílago necrosado. Año y medio después no puede pasarse por la laringe un estilete botonado, por encontrarse obstruída por una masa de tejido cicatricial confirmada por el examen, por la abertura traqueal. Llegado al extremo de no poder intentar maniobra alguna endolaríngea, pide el Dr. Sieur su ayuda al Dr. Sargnou con el que practica la laringostomía. Abiertos los cartílagos cricoides y tiroides, que estaban casi osificados, se nota un estrechamiento pronunciadísimo al nivel del anillo cricoideo, apareciendo libre le parte superior de la laringe. Incindido el tejido fibroso hasta la pared posterior, se coloca un tubo cortado de una sonda de Nélaton del núm. 14, llenando la herida laríngea de una mecha impregnada de vaselina con benjuí, salol y antipirina. En las curas sucesivas se ha ido aumentando el calibre hasta introducir el núm. 30 y actualmente al presentar el enfermo á la Sociedad lleva el núm. 45, que tiene un diámetro de 15 milímetros.

Observación 2.ª — *Estenosis laríngea posterior á la difteria.* — Una niña de doce años es traqueotomizada en el año 1902 por estenosis laríngea, que ha permanecido incurable á pesar de todos los métodos de dilatación laríngea empleados (sondas de Bouley, tallos de Schrœter, laminarias, inyecciones subcutáneas de tiosinamina, tubajes diferentes), hasta que el 14 de mayo de 1907 se le practica la laringostomía, con la que el estrechamiento ha desaparecido, introduciéndose el núm. 36 de las sondas de Nélaton, esperando un éxito completo cuando la dilatación se considere definitiva, pensando que dentro de un año podrá practicarse la autoplastia necesaria á la oclusión de su herida laríngea.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. MORTALIDAD INFANTIL DE 0 Á 5 AÑOS EN BURGOS; CAUSAS Y REMEDIOS, por D. Emilio Andrio Olalla. Burgos, 1908.

II. INTUBACIÓN DE LA LARINGE EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO, por el Dr. D. Alfredo Rodríguez Vargas. Valladolid, 1908.

I

El estudioso pediatra Dr. Andrio ha elegido para el desarrollo de este tema la ciudad de Burgos, en donde ejerce su profesión y cultiva la especialidad de Pediatría. Conocedor, por lo tanto, de dicha población, nadie como él puede tratar el asunto con tanta competencia.

Es un trabajo dermográfico digno de ser conocido y asombra saber la excesiva mortalidad infantil en aquella ciudad, que supera á la de Madrid, que pasa por ser el terror de las madres en este punto. Así se deben estudiar las cuestiones y sabremos á qué atenernos para el estudio general de este transcedental problema.

Investiga los casos, los señala y propone los medios encaminados á disminuir el exceso de mortalidad en estos primeros años de la vida.

Felicitamos muy cordialmente al Dr. Andrio por su trabajo, que nos parece del mayor mérito y de gran utilidad.

II

Mucho se ha publicado respecto de este procedimiento operatorio y parcialmente se han dado á conocer cuantos detalles se refieren á esta oportuna y eficaz operación de urgencia; pero el Dr. Rodríguez Vargas con gran acierto ha publicado un precioso libro de más de 200 páginas, en el cual se expone todo cuanto á ella se refiere.

Historia del asunto con gran amplitud; detalles de técnica de aparato, con útiles modificaciones hechas por el autor; manual operatorio presentado con la mayor claridad; indicaciones, accidentes y modo de combatirlos; intubación en el adulto, con igual orden y claridad que los anteriores capítulos dedicados á la intubación en

el niño; y por último, valor comparativo de la intubación y la traqueotomía, son todos estos puntos científicos que él trata con la maestría de que se ha acreditado como especialista.

Esta obra es, á nuestro juicio, de las que más aceptación han de tener, y es necesaria á quien convenga (y conviene á todo médico) imponerse bien en estas cuestiones que podemos llamar de urgencia clínica.

Felicitamos al ilustrado Dr. Rodríguez Vargas por su acierto al publicar este trabajo y le deseamos el éxito á que es acreedor.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 30 de Mayo de 1908.

Mascarilla ventosa de Kuhn.—El Dr. *Cortezo* presenta á la Academia un aparato ideado por un conocido profesor berlinés para producir la hiperemia pulmonar en los tuberculosos, asunto acerca del cual se han hecho algunos trabajos en España y en el extranjero.

La mascarilla ventosa de Kuhn, que tal es el nombre del aparato, está fundada en el tratamiento de las infecciones locales. Dice Kuhn que produciendo dificultad en los movimientos inspiratorios, se produce un estado congestivo más ó menos transitorio en las vías respiratorias, con lo que se facilita la corriente linfática. El aparato, como su nombre indica, consiste en una mascarilla que se adapta á las mejillas y contorno de la nariz, sujetándose por detrás con una banda elástica. Según el autor, aplicando el aparato primero, un cuarto de hora á media hora, y haciendo sucesivamente más larga la aplicación, se acostumbra al enfermo á estar con la mascarilla puesta durante horas.

Añade el Dr. Cortezo que, según el autor, no sólo se consigue la destrucción del microbio de la tuberculosis por las congestiones activas y pasivas de los pulmones, sino que se obtienen otras ventajas, como es el que por el aumento de potencias musculares que se provocan aumenta el diámetro de la cavidad del pecho. Afirma, sin embargo, el Dr. Cortezo que no tiene experiencia personal de los resultados del aparato, y que esto le obliga, por ahora, á abstenerse de preconizar sus ventajas, ni á tratar de sus inconvenientes.

Un caso de meningo-encefalitis.—El Dr. *Alonso Sañudo* presenta un enfermo de la clínica del Dr. Simonena afectado de lo que en conjunto se ha conve-

nido en llamar *meningo-encefalitis crónica.* Este individuo tuvo viruela á los cinco años de edad é inmediatamente después fenómenos cerebrales, quedando paralítico del lado derecho y sin habla, que volvió á recobrar repentinamente. Diez años después de la viruela padeció otra infección, y desde entonces tiene ataques convulsivos, en todo lo cual se ve algo de complicación con cierta unidad. Los ataques comienzan en el lado izquierdo, generalizándose después sin perder el conocimiento; tiene también amagos de contractura y atrofia de dicho lado. Este enfermo á primera vista pudiera parecer un histérico sin lesión, por el modo repentino de recobrar la palabra, por conservar el conocimiento durante los ataques, por su voz atiplada y por su aspecto no muy varonil. El signo de Babinski sólo se manifiesta cuando se le hacen presiones puntuales Bastan los caracteres que presenta este enfermo para afirmar que tiene lesión cerebral y que es una encefalitis de la primera infancia, siendo su aspecto histérico sólo aparente.

Otra cosa sobre la que hay que fijar la atención en este enfermo es la escoliosis, así como los trastornos de la fasia con hemiplegia del lado izquierdo. Las contracturas diplégicas de este enfermo ofrecen la curiosidad de producir las deformaciones como el reumatismo crónico progresivo.

Intervención quirúrgica en la apendicitis. — El Dr. *San Martín* dice que, á su juicio, en el debate sostenido en la Academia acerca de este tema, ni se ha resuelto el problema ni siquiera se ha planteado. Afirma la importancia que en muchos casos tiene el aspecto personal de las discusiones, y desde este punto de vista se ocupa de lo manifestado por el Dr. Cortezo en la sesión anterior y puntualiza lo ocurrido con el enfermo de apendicitis que vió con este señor y de cuyo caso ya tiene noticia la Academia.

Dice que si no se opera en España tanto como se debiera á los enfermos de apendicitis es porque la apendectomía es una operación seria, formal y costosa, y en estas condiciones hay que tener en cuenta la situación de las familias y el excesivo empleo que se hace de los sanatorios, con lo cual se las aterra.

En contra de lo expuesto por algún señor académico, opina que á la Corporación deben traerse los casos de la clínica particular, no limitándose á los de los hospitales, pues que si esto se hiciera, no podrían ofrecer el fruto de su práctica los médicos que no pertenecen á dichos establecimientos, habiéndose dado además el caso extraño de que en esta discusión los señores médicos de hospital sólo han traído casos de su clínica particular.

Que los Dres. Espina, Cortezo y Huertas han afirmado que los cirujanos están rectificando su criterio, incluso al mismo Sonnenburg y, sin embargo, el mismo Dr. Cortezo le había visto hacer siete operaciones por apendicitis en una sola sesión, lo que significa un gran número de asistencias en el Hospital de Moabit.

El Dr. San Martín continúa diciendo que la tesis que se ha sustentado es la de que va disminuyendo el número de operaciones de apendicitis. Que en un artículo, no de un cirujano, sino de un médico, Maximilien Futer, de la clínica del profesor Erb, en Heidelberg, que es una aldea, dice que desde 1893 á 97 pasaron á la clínica quirúrgica 56 casos y en la médica había 57 (sigue el Dr. San Martín dando á conocer las cifras consignadas

en el mencionado trabajo, correspondientes á los años sucesivos que demuestran que el número de operaciones va aumentando).

Después el Dr. San Martín tradujo del alemán, á presencia de la Academia, el párrafo en que sin duda se había fundado el Dr. Espina para afirmar que Sonnenburg trataba la apendicitis por el aceite de ricino, deduciéndose, por el contrario, de la lectura de dicho texto, que el número de las operaciones realizadas en el Hospital Moabit va aumentando en absoluto de año en año y que, por lo tanto, no comprende en qué se fundan sus mencionados compañeros para decir que la apendicitis vuelve á ser una enfermedad médica más que quirúrgica.

Que había reducido á tres aseveraciones su intervención en este debate: 1.ª, que las estadísticas deben interpretarse con un criterio colectivo más bien que individual; 2.ª, que la apendicitis carece de tratamiento médico racional, y 3.ª, que la apendicitis debería considerarse como una afección quirúrgica, lo cual no significa que este tratamiento no sea practicado por los mismos médicos.

Se ratifica en la afirmación que había hecho de que teme las consecuencias de las palpaciones ejecutadas por los médicos, pero explica el verdadero sentido de estas palabras, que en nada pueden molestarles: que la cirugía se simboliza con una mano y un ojo pintado en su palma, porque la cirugía no es más que el arte de la palpación, y por esto es natural que el cirujano adquiera en ella mayor perfección que el médico, así como, en cambio, los cirujanos no saben auscultar como ellos.

Que respecto al diagnóstico también reconoce la mayor competencia del médico, pero no tanta que por los grados de calor, el estado del pulso, la mayor ó menor defensa de las paredes abdominales, y aun por la leucocitosis, pueda decir el médico cómo se encuentra la mitad central del apéndice, y por eso, desde el momento en que hay una lesión conocida y todo lo que al enfermo ocurre, hay que achacarlo á la lesión, siendo el padecimiento quirúrgico.

Que sus deseos no son que las apendectomías aumenten de una manera desmesurada, sino evitar que mueran los enfermos de apendicitis sin haberles sometido á la operación, sea cualquiera el número de los que fallezcan ó se salven, porque basta la posibilidad de salvar tres de los que los médicos consideran en peligro de muerte, para justificar el que se opere á los 97 por 100 restantes.

Que otro de los objetos que se ha propuesto con su intervención en el debate, es el procurar en cuanto esté de su parte que la apendicitis se estudie mejor en España, cosa que no se hace por falta de estadísticas, llegando á tal punto esto que encargó á un amigo que examinase el boletín demográfico para averiguar los que mueren en nuestro país de apendicitis, y esta enfermedad no figura en él.

Termina encareciendo que se formen estadísticas detalladas de los enfermos de apendicitis que van á las clínicas quirúrgicas y de los que van á las clínicas médicas, cosa que considera de tal importancia para el estudio de la apendicitis, que si en algo contribuye su ruego á conseguirlo, podrá darse por bien empleado el tiempo que ha ocupado la atención de la Academia.

El Dr. *Cortezo* manifiesta que el Dr. Ribera tuvo razón al decirle que se había olvidado de exponer cuál sería su modo de proceder en una apendicitis supurada y que subsanando su omisión le contesta que, en contra de la tendencia á no operar de los cirujanos modernos, él, en cuanto sospecha la existencia de pus, llama al cirujano.

Aclara alguno de los conceptos que expuso en la sesión anterior que, mal expresados ó interpretados, pudieron ser molestos para los cirujanos, y sostiene que la distinción entre médicos y cirujanos es arcáica.

Puntualiza el caso del enfermo de apendicitis que vió con el Dr. San Martín, y al que este señor se ha referido, y acaba su intervención en el debate diciendo que las estadísticas recogidas en el ejército alemán en 1900 acusan una mortalidad de 38 por 100 de apendicíticos operados en el período agudo, mientras que de los sometidos á tratamiento médico sólo murieron en proporción de 3'40, y deduce de las estadísticas de Sonnenburg que el número de operaciones va decreciendo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 29 de Abril de 1908.

Tratamiento de la eclampsia puerperal. — El Dr. Gutiérrez : No conociéndose hoy la causa específica de la eclampsia puerperal, no puede establecerse un tratamiento único en armonía con este concepto etiológico; los tratamientos tienen que ser distintos y variados, tanto como lo son las teorías patogenéticas de la eclampsia puerperal; por eso no puede haber un tratamiento específico.

Así, los que creen que es debida á fenómenos de éxtasis renal han tratado de descongestionar éste, llegando hasta la decorticación del riñón, como la han practicado algunos cirujanos americanos. Asch, de Breslau, también cita el caso de una señora que, tres días después del parto, comenzó á tener ataques eclámpsicos. Partidario de esta teoría, practicó la decorticación del riñón con éxito. En esta enferma, si no existía verdadera anuria, la secreción urinaria era una quinta parte de la normal, con un 10·7 por 1.000 de albúmina. A pesar de hallarse en estado comatoso, practicó el Dr. Asch la decorticación, y, aunque tuvo después otros ataques de eclampsia, á las veinticuatro horas empezó á mejorar, á los catorce días estaba completamente bien, dándole de alta á las dos semanas. Parece, pues, que la operación, haciendo desaparecer el éxtasis renal, dió más facilidad al riñón para que pudiera eliminar las toxinas, que cuando estaba congestionado.

Hay otros profesores partidarios de otra teoría nueva : la teoría paratiroidea, que se funda en la observación experimental y clínica, creyendo que los ataques son debidos á la insuficiencia de estas glándulas. Vassale ha hecho experimentos en conejos y perros, á los cuales ha extirpado dichas glándulas y ha observado la aparición de los ataques; iguales resultados han obtenido Pepere y Zanfrognini, que confirman aquellas observaciones de Vassale. De este concepto patogénico ha nacido el tratamiento

por el jugo ó el extracto de las glándulas; según unos con buen exito, según otros con resultados negativos.

Es menester también tener en cuenta la hipertensión arterial que se observa en las eclámpsicas ó predispuestas (albuminúricas). En efecto; en una embarazada normal la tensión arterial, tomada con el esfigmomanómetro, marca la normal también : 10, 12, 13 cent. cúb. de mercurio, pero en las albuminurias persistentes, sube á 16, 17, 18 centímetros; y se observa que la disminución de esta tensión coincide con una mejoría efectiva de la enferma. De ser así, éste sería un gran dato para hacer el diagnóstico precoz de los ataques eclámpsicos y esto explicaría muy bien la acción, en muchos casos beneficiosa, de la sangría.

Pero todas estas causas deben obedecer á otra causa primera, á un *primum movens*, y éste es las alteraciones que se desarrollan en el huevo, en las vellosidades coriales; allí es donde se verifican los intercambios entre la madre y el feto; en ellas, desde el comienzo de su desarrollo, en su capa sincitial, no en la de Langhans, es donde se desprenden elementos celulares que pasan á la sangre de la madre y allí se disgregan, y como llevan en sí los derechos del metabolismo fetal, tienen que producir toxinas que, á su vez, excitan la reacción del organismo materno para crear anticuerpos que las destruyan; esto es lo que pasa en el embarazo normal; pero si la producción y paso á la sangre de elementos sincitiales se hace de una manera exagerada, los anticuerpos, faltos de energía, no pueden destruir las toxinas y éstas van á influir en otros órganos encargados de la depuración sanguínea, y el hígado y el riñón no las pueden tampoco destruir; vienen los fenómenos de insuficiencia y la embarazada sufre los trastornos consiguientes á este doble envenenamiento : sincitiotoxinas y elementos tóxicos por falta de depuración en el hígado y en el riñón.

Por otra parte, no debemos creer que sólo á los trastornos circulatorios renales se debe la aparición de los ataques de eclampsia, pues también vemos presentarse éstos en el embarazo extrauterino, como sucedió en el caso de embarazo abdominal primitivo, observado en el Instituto Rubio y publicado en la *Revista Ibero-Americana*. En esta mujer el quiste fetal, grande, por la compresión que ejercía pudo desarrollar el éxtasis renal, pero no puede atribuirse á esta compresión la explosión de la eclampsia, porque cesaron los ataques, no por los medios terapéuticos empleados (sangría, cloroformo, etc.), ni tampoco por la desaparición del quiste, pues antes de operarla habían ya concluído, sino por la muerte del feto; entonces fué cuando cedieron. Por consiguiente, los trastorno circulatorios, por compresión del globo uterino sobre los vasos abdominales, no determinan la eclampsia; y pensando en otros casos que los ataques se presentan en embarazadas que no son albuminúricas, hay que buscar en otro sitio la causa.

Si á esto se agrega que, muchas veces, los ataques de eclampsia se presentan en mujeres cuyo útero no era completamente fisiológico, que habían tenido antes endometritis, y en otras, cuyo aparato digestivo funciona medianamente, y en las cuales hay fenómenos de putrefacción, con desarrollo de productos tóxicos de la serie de los fenoles, unidos dichos productos tóxicos á los provinientes de la descomposición de los elementos

sincitiales van después á impregnar los centro nerviosos, determinando la eclampsia por esta doble intoxicación. Los experimentos de Ascoli vienen á confirmar estas creencias: inyectando pulpa de placenta debajo de la duramadre ha provocado ataques en los conejos y fenómenos de albuminuria, no ciertamente debidos á la compresión que pudiera ejercer la inyección subdural.

Todo viene á demostrar que la eclampsia no es producida únicamente por la insuficiencia renal y hepática; que los trastornos obedecen á toxinas que proceden del feto ó de los anejos. La teoría ovular va cada vez ganando más terreno, tanto más cuanto que en la placenta albuminúrica se hallan lesiones de grandísima importancia y demostrativas en extremo.

No tenemos, hoy por hoy, seguridad absoluta en esta teoría, pero es la que más satisface y mejor explica todos los fenómenos.

Y llegando al punto práctico, que es el que se refiere al tratamiento, diré el plan que sigo en la eclampsia; y de acuerdo, como ya manifesté, con los señores que me precedieron en el uso de la palabra, doy la preferencia al profiláctico. Vigilar en la mujer embarazada, y desde el principio de la gestación, el estado de las vías digestivas para evitar el desarrollo de elementos putrescibles que más tarde vengan á sumarse á otros tóxicos procedentes de la placenta. Desde el sexto mes analizar la orina, investigando además de la albúmina otros elementos y cuerpos. No he de repetir que del resultado de estos análisis depende el plan á que hemos de someter á la embarazada y que en cuanto se demuestre la existencia de albúmina, acetona, azúcar, etc., se prescribirá dieta mixta, alcalinos, llevar bien el vientre, etc.; los análisis han de ser repetidos, sobre todo si se observan ciertos fenómenos, como moscas volantes, cefaleas, mejor dicho, neuralgias superciliares, amaurosis, etc.; en estos casos el régimen lácteo debe ser absoluto.

Tratamiento durante el ataque: la primera condición es evitar que la enferma se lastime, retenerla en la cama, colocar un pañuelo entre sus mandíbulas para impedir las mordeduras de la lengua y dar el cloroformo hasta resolución completa. Este es un agente que emplearemos siempre, y si no lo tuviéramos á mano, la morfina, de la cual se pueden hacer inyecciones de 1, 1 $^1/_2$ ó 2 centígramos cada una, hasta 3 en una hora; pero siempre que dispongamos de cloroformo administraremos éste, como he dicho, hasta resolución completa.

He empleado el extracto del *veratrum viride* (y no he de repetir lo que aquí se dijo en otra ocasión en que se trató de este asunto). En una señora, que en su primer embarazo tuvo varios ataques de eclampsia con albuminuria, parece que cedieron algo los ataques, salvándose la madre, pero el feto nació muerto. En un segundo embarazo, la enferma, aunque sometida á un régimen severísimo, tuvo ataques de eclampsia. No quise intervenir al primer ataque y esperé con tanto más motivo, cuanto que el feto estaba muerto.

La sometí á las inyecciones del *veratrum* en solución esterilizada; á la primera mejoró, cedieron bastante con la segunda y á la tercera desaparecieron; más tarde se declaró el parto, dió á luz perfectamente y hoy vive. En otros casos no he obtenido ningún resultado. Sus efectos son disminuir

muchísimo la tensión arterial, siendo necesario suspender su administración cuando el número de pulsaciones baja á 56 ó 60.

Podemos usar también el cloral, en enemas, á la dosis de 4 gramos en cada uno. Si hay gran hipertensión, sangría abundante, como deplectiva y antiséptica. A esto pueden añadirse las inyecciones de suero, aunque hay quien no cree en su eficacia.

Si se repiten los ataques y la vida del feto está amenazada, no hay más remedio que provocar el parto. En las primíparas es difícil conseguir rápidamente una dilatación suficiente; cuando no es posible con la mano, ésta la buscamos con el dilatador de Bossi, de preferencia á los globos, y en último término se practica la histerotomía: incisión media del cuello, previa desinserción de vagina, hasta que nos permita la introducción de la mano en el útero, rasgar las membranas y extraer el feto con forceps ó por medio de la versión. Es la histerotomía operación de bastante importancia, que debe meditarse mucho antes de ejecutarla en la práctica particular. En dos casos, por mí intervenidos, no se salvaron los fetos y las madres corrieron un gran peligro.

En la clínica de Olshaussen son partidarios de la intervención, generalmente recurren al parto provocado antes que á otra medicación. En un quinquenio de 1900 á 1905 han observado 496 casos de eclampsia puerperal (el 7'45 por 100 de los partos asistidos), habiendo conseguido con la intervención salvar muchas madres (el 78'6 por 100) y muchos fetos (el 77'3 por 100); sus estadísticas son muy notables. Creo, sin embargo, que se puede esperar; yo no intervengo nunca al primer ataque y sólo me decido por la intervención cuando, á pesar de la medicación empleada, se repiten los ataques cada cuarto ó cada media hora.

Cuando la eclampsia hace explosión después del parto, como sucedió en el caso de Asch que he relatado, indudablemente porque han quedado en la sangre elementos tóxicos retenidos y que provocan, como es natural, las mismas consecuencias que durante el embarazo ó parto, nuestra conducta será calmar los ataques por medio del cloroformo, cloral, morfina, etc., tener á la enferma en completo reposo y en habitación á obscuras y más tarde facilitar la eliminación de toxinas con la dieta láctea, diuréticos, purgantes, etc.

El Dr. Cospedal: Voy á decir muy breves palabras relativamente al asunto que se discute, dejando á un lado lo que se refiere á etiología y patogenia. Tampoco he de insistir respecto de la nueva teoría placentaria ú ovular, á la que da cierta verosimilitud el hecho de que la salida del feto ó su muerte, es lo que en el mayor número de casos, por no decir en todos, hace desaparecer los ataques, pareciendo demostrar esto que en el huevo es donde reside la causa de la eclampsia.

En lo que hace al tratamiento, creo que estamos de acuerdo en la administración del cloroformo para calmar los ataques; ésta es la práctica de todos y hay que darlo hasta resolución completa. El cloroformo es siempre mi manera de empezar el tratamiento del ataque.

Del *veratrum viride* no tengo experiencia. El caso único en que lo ha empleado el Dr. Gutiérrez con éxito, no satisface completamente, tanto más cuanto que el feto estaba muerto.

Es innegable también que cuando se trata de mujeres robustas, de complexión fuerte y con hipertensión arterial, la sangría es un recurso excelente y estimo bien por la práctica de otros compañeros y por lo que yo tengo aprendido en los libros, que se debía recurrir á él, si no en la medida de hace treinta ó cuarenta años, con más frecuencia que lo que se hace en la actualidad, quizá porque se usa de preferencia el cloroformo, y porque, en general, sobreviene el parto, como si la naturaleza acudiese con sus peculiares recursos á procurar su propia salvación.

Decía el Dr. Gutiérrez que en algunas clínicas alemanas lo que predomina en el tratamiento de la eclampsia es la evacuación rápida del útero, y yo, en los diversos casos que he tenido, he propuesto lo mismo. Rechazada en uno de ellos, en los demás, 10 ó 12, he empezado por la administración del cloroformo, con ó sin la del cloral, y preparación inmediata de lo necesario para extraer el feto. La evacuación del útero me ha dado resultados y he logrado en dos casos salvar las madres y los fetos. Uno de estos era una señora, cliente del malogrado Dr. Abascal, que vivía en mi casa; la cual señora no tenía albúmina cuatro ó seis días antes de los ataques. Por razón de vecindad me llamaron á las ocho de la mañana, porque la enferma acusaba un dolor de cabeza horroroso, de una intensidad considerable, que me puso en guardia, y con efecto, á la una de la tarde le dió el primer ataque convulsivo. Se practicó rápidamente la evacuación del útero; la niña nació viva y la madre se restableció pronto. En otro caso también pude obtener los mismos resultados.

Recuerdo, en cambio, el de otra albuminúrica, eclámpsica desde hacía veinticuatro horas, cuyos ataques se repetían, á pesar del cloroformo, del cloral y de la evacuación del útero: falleció.

De todos modos, siempre me ha parecido que el provocar ó terminar el parto es el recurso más eficaz. El conseguir una dilatación suficiente, ha sido para mí sumamente sencillo; empleo la mano porque, en dos ocasiones en que he querido utilizar los globos de Champetier de Ribes no he obtenido resultados. Estos globos me parece que hacen perder un tiempo precioso, son de muy difícil colocación, resbalan fácilmente por ser muy deslizables; mientras que la mano es un dilatador con plena conciencia de lo que hace y va consiguiendo, aprecia muy bien cuándo el tejido cede, lleva ventajas á los dilatadores mecánicos; si se fatiga una, cabe el recurrir á la opuesta y aunque la rigidez del cuello sea grande, es raro que, cloroformizada la enferma, no se logre más ó menos pronto una dilatación suficiente y poder practicar la intervención oportuna, forceps ó versión.

Muchas eclampsias, en efecto, nos han parecido á todas las observadas durante un quinquinio en la Clínica de Olshaussen y no se compagina con lo que dice Pinard en un artículo que publica en el último número de los *Anales de Obstetricia*, acerca de 57.000 partos, en los que la eclampsia está en una proporción escasísima, creyendo que la morbilidad y mortalidad de las embarazadas han disminuído de una manera notabilísima, merced al funcionamiento de la Policlínica, á donde concurren inmenso número de mujeres encinta para que se las dirija y aconseje durante su gestación y se emplee en ellas el tratamiento profiláctico, para darles preceptos ó reglas higiénicas que las hagan llegar al término de su embarazo en condiciones

tales, que á Pinard le hayan permitido presentar una estadística de mortalidad, por décimas, cuando antes era por unidades, siendo verdaderamente hermoso ver cómo el estudio, la paciencia y la abnegación de las personas dedicadas á esa Institución, han conseguido restar á la muerte muchas víctimas, haciendo descender las cifras de morbilidad y mortalidad.

Estos cuidados que se prestan á la mujer embarazada y que se reflejan sobre el producto de la concepción, constituyen el capítulo de la puericultura intrauterina, basado en los nuevos métodos de tratamiento higiénico y profiláctico.

El Dr. *Cortejarena* se refiere á una mujer con eclampsia. Reconocida, encontró una presentación de vértice y el cuello dilatable y casi dilatado; se la cloroformizó y aplicó el forceps, extrayendo una niña ligeramente asfixiada y que se reanimó pronto; se apercibió de que quedaba otro feto, también en presentación de vértice, que extrajo con forceps: era un varón y salió completamente bien.

La enferma tuvo después un puerperio borrascoso, pero se curó.

Una señora joven, procedente de Salamanca, segundo embarazo, gorda, pletórica, albuminúrica, que no quiso someterse al plan dietético apropiado, en el octavo mes sufrió un ataque con gran congestión.

Hizo una sangría abundante, y al día siguiente había mejorado notablemente. La indicación vital era de tal urgencia, que no se entretuvo en hacer el tacto vaginal. Al cabo de un mes, días antes, parió espontáneamente una niña muy desarrollada y sin ocurrir accidente alguno.

La teoría expuesta por el Dr. Gutiérrez y admitida hoy, puede que mañana sea abandonada, del mismo modo que aquéllas de la albuminuria, uremia, anoniemia, etc., por las cuales peleábamos años hace con tanto ardor, han resultado que no eran verdad; ésta quizá dentro de algún tiempo resulte tan falsa como las que hemos defendido. Por otra parte, no le hace falta esa teoría para el tratamiento.

Otro caso vió el año 1892, con el Dr. Calderín. Asistió á una pobre señora, en el octavo mes de su cuarto embarazo, que la gustaba mucho el jamón y el lomo, y previendo lo que iba á pasar, estaba preparado para practicar la sangría, y en efecto, fué llamado, y aunque la sangró, á la hora, ó sea á las siete y media de la noche, aparece el primer ataque de eclampsia. Se la dió un baño general caliente y después cloroformo. A la una de la madrugada, nuevo ataque que puso en riesgo inminente su vida. Quedó tranquila, al parecer, y como se iniciaran las contracciones del útero, se decidió acelerar el parto. Aquel cuello rígido no lo pudieron dilatar con los glóbulos de Barnes, ni con los dedos. Se repitió un nuevo ataque durante las maniobras, y hasta las cinco de la mañana no se consiguió nuestro propósito, extrayendo por versión una niña muerta. Después se despejó algo la inteligencia de la enferma, comprendía lo que se la decía y cesó el trismus intenso que tenía. A las dos de la tarde estaba mejor, la inteligencia más despejada y concibieron alguna esperanza, pero á las cuatro de la tarde, le avisaron que se había puesto muy mala. Fué á casa de la enferma y con efecto tras un nuevo ataque había caído en cama, sumida, en el cual falleció á las seis de la misma tarde.

De modo que, ya lo véis, con los mismos medios, unas se curan y otras

se mueren, y esto es lo que se puede decir como resumen de casos tan variados, y este pesimismo es hijo de las contrariedades que ha sufrido en la práctica de los partos, que es la especialidad más terrible de la Medicina, porque como es creencia general la de que la mujer no se debe morir de parto, al ocurrir una defunción, se achaca ésta á la ineptitud del tocólogo. No se sabe cómo ha llegado con vida á estos momentos después de cuarenta y cinco años de práctica, y si os habla en términos tan vulgares, es para daros á conocer honradamente su conducta en los casos de eclampsia y para que cuando á algún compañero le suceda un fracaso, no lo atribuyáis á deficiencias en el tratamiento y digan: «si se hubiera hecho esto ó lo otro.....», pues al día siguiente puede ocurriros á vosotros lo mismo, exactamente lo mismo.

En cuanto al número de eclampsias en la clínica alemana, citado por el Dr. Gutiérrez, también le parece excesivo (aunque no lo ponga en duda). Quizá sea debido á predisposición especial de aquellas mujeres ó la alimentación, abundante en carnes, de esos países; aquí, en España, en que, sobre todo, la gente pobre no come, tal vez sea ésta la causa del pequeño número de accidentes eclámpsicos que se observan.

PERIÓDICOS

Un caso de bulimia durante los embarazos.—El Dr. D. Enrique Brines publica el caso siguiente en *La Medicina Valenciana:*

«La enferma á que nos referimos, si de tal puede calificarse, ya que los límites entre la salud y la enfermedad se difunden en infinitos matices, no relata más antecedentes de familia dignos de mención que el haber casado su madre á los doce años, dando á luz 14 hijos, y siendo ella la que llevaría el número 13. La biografiada, de treinta y ocho años, menstruó á los doce y casó á los quince, disfrutando antes del matrimonio bastante buena salud, aunque delgada y con poco apetito.

Al año de casada dió á luz su primer hijo, y han venido sucediéndose los partos en número de catorce, habiéndome encargado de su asistencia en el 13.° y 14.°, teniendo lugar este último el 24 de abril. En este último caso han cambiado la serie de fenómenos que regularmente se fueron sucediendo en los anteriores.

Todos los partos han sido sumamente felices y rápidos, y en este último confiesa la puérpera que no experimentó más que tres dolores formales. Los embarazos han sido igualmente muy felices en cuanto se refiere á los vómitos por la carencia de ellos; sólo algunas angustias en los casos que posteriormente reseñaremos; constantemente á los tres meses ha percibido con claridad los movimientos fetales, que siempre han sido tumultuosos; ningún aborto; el 11.° fué parto prematuro de siete meses, pero ha podido vivir.

De los 14 hijos viven hoy nueve, habiendo fallecido el 2.°, 3.°, 5.° y 8.°,

que fueron niñas, y el 9.° que fué varón; éste murió á los dos años y medio; las niñas oscilaron en sus defunciones entre los cuarenta días y los cinco meses de su edad; todas las defunciones las atribuye la madre á trastornos gastro-intestinales ocasionados por mal régimen de las nodrizas en la lactancia; los 9 que sobreviven son todos varones.

Durante las gestaciones casi pierde el olfato, de modo que no le molestan los olores. En el momento de verificarse la concepción se le despertaba un apetito exagerado, tanto mayor cuanto más adelantaba la gestación, y que también ha ido aumentando en cada uno de los sucesivos embarazos; en estas épocas de bulimia, su ración alimenticia excedía de cuatro libras de pan, que mezclaba con otros abundantes alimentos, sin experimentar repugnancia ni predilección por una clase determinada de ellos; después de cada comida aquietaba los restos de su buen apetito con un gran tazón de café con leche; no por eso escaseaba el agua, de la que bebía en abundancia.

Refiere que en una ocasión, para merienda, tomó automáticamente dos libras de pan con sus correspondientes viandas, asociadas á un litro de vino, siendo de notar que se sintiera perfectamente bien después, en tanto que fuera de los embarazos le repugna el vino y la marea en seguida.

Durante los embarazos orinaba abundantísimamente, y evacuaba normalmente y con absoluta regularidad una vez al día, por las mañanas. Fuera de los embarazos efectuaba sólo dos micciones diarias y muy escasas, pues apenas bebía; aquejaba estreñimiento, teniendo que recurrir á enemas y purgantes, lo que no ha tenido que hacer nunca durante los embarazos. Llegado el momento del parto, en todos ellos ha continuado la bulimia hasta unos cuarenta días, comiéndose por su gusto hasta dos gallinas diarias cuando se le ha consentido. Bruscamente, en el transcurso de dos ó tres días el apetito desaparece, siendo sustituído por una anorexia tenaz, con angustia y repugnancia para los alimentos, llegando á tal extremo que, para comer algo, dice que tenía que recurrir á ingerir pimientos picantes en gran cantidad. Tras de los partos, la reacción láctea era intensa, criando bien á los hijos dos ó hasta tres meses, teniendo luego que transigir con la lactancia por nodrizas, dado el estado de postración á que llegaba.

Después de los partos, el período menstrual se ha suprimido durante la lactancia, la que sólo alcanzó siete meses en el sexto embarazo, teniendo que renunciar á la lactancia porque, según dice, se puso *para morir*. Al cesar la lactancia sobrevenía el período menstrual, que siempre ha sido muy abundante, y que repetía con una regularidad pasmosa en el mismo día de cada mes. Toda falta era fatalmente debida á nuevo embarazo, el cual resucitaba á la que se encontraba decaidísima, de tal modo, que asegura que ya no viviría si no hubiera habido nuevos embarazos, y con ellos la reaparición de la bulimia; así, pues, engordaba ó enflaquecía, según que su útero se hallase en gestación ó en vacuidad. Afirma que no se ha equivocado nunca en el sexo de su futuro hijo, caracterizándose las niñas por ligeras angustias en los dos primeros meses del embarazo y por intensa estomatitis acompañada de mucha salivación.

Cuando el feto era masculino no se presentaban los detalles anteriores,

y en cambio se manifestaban las particularidades siguientes: la bulimia era mayor; hacia los cuatro meses aparecía, en la flexura del codo derecho, una erupción de pequeños *granitos*, acompañada de prurito intenso, que llegaba en ocasiones hasta impedir el sueño y que no desaparecía hasta después del parto; se presentaban grandes várices en la pierna derecha; una relación sexual determinaba una contractura dolorosa de la misma pierna, que la obligaba á andar claudicando durante veinticuatro horas.

Esta especie de *signos* le han permitido pronosticar el sexo del feto con tal seguridad, que ha llegado á proponer apuestas que siempre ha ganado. Le quedaban actualmente ocho hijos, todos varones, el mayor de veinte años y el menor de dieciséis meses, cuando sobrevino nuevo embarazo.

Asistida por mí en su último parto, que fué como todos rápido y feliz, soy llamado de nuevo para asistirla en el actual, encontrándome con que la marcha tan original que hasta ahora se había notado en su larga serie de embarazos, se ha visto bruscamente interrumpida; su habitual bulimia de la gestación ha persistido solamente los tres primeros meses; en los seis restantes su estado ha sido de anorexia, como cuando no hay embarazo. Atribuye con firmeza la desviación sufrida en este embarazo á disgustos que le ocasionó su segundo hijo, de catorce años, siendo en aquella época cuando le produjo el disgusto mayor. Las irregularidades que han existido en este embarazo hacen que no se atreva á pronosticar con gran seguridad el sexo del feto, pero se inclina á que sea niño por la falta de angustias y de estomatitis; pero no ha habido erupción pruriginosa y las molestias de la pierna tras del coito han sido muy escasas. Antes de la rotura de la bolsa de las aguas, procuro auscultar y contar los latidos cardíacos del feto, lo que no me es posible realizar por estar enmascarados por un intenso soplo uterino. Orina recogida en el mismo momento y analizada después, no reveló contener albúmina ni glucosa. La rotura de la bolsa fué acompañada de la expulsión precipitada de un feto masculino, y con un desprendimiento fácil de las secundinas quedó terminado el parto, casi exangüe.

El Dr. Juan Sau relata un caso, que también es curioso, por las alternativas que puede experimentar el organismo femenino en la gestación y fuera de ella. Se trata de una mujer que cuando no está embarazada sufre ataques muy serios de asma; al mes ó dos meses de cada embarazo cesan por completo dichos ataques, gozando en el resto del embarazo de excelente salud; dos meses después de cada parto repiten los violentos ataques, hasta que sobreviene nuevo embarazo ». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones del 19 y 26 de Mayo de 1908.

Tratamiento de los derrames pleuríticos recidivantes por las inyecciones gaseosas.—El Dr. VAQUEZ: El tratamiento de las ascitis recidivantes por las inyecciones gaseosas peritoneales recomendado por Potain, produce resultados poco satisfactorios. En cambio en los derrames pleuríticos recidivantes es eficacísimo este procedimiento. Las inyecciones gaseosas no ejercen acción específica alguna sobre la enfermedad causa del derrame; son sólo sintomáticas y sirven únicamente para impedir la recidiva. Según la naturaleza del derrame, el método puede ser considerado como curativo ó paliativo. En las pleuresías serofibrinosas tuberculosas la inyección gaseosa, después de la punción, produce resultados casi seguros, sobre todo si se practica después de la primera recidiva. No obstante he conseguido contener, por medio de dos inyecciones hechas con tres meses de intervalo, una pleuresía que había exigido doce punciones. Otra pleuresía de marcha sobreaguda que se punzó cuatro veces en doce días, se contuvo con una sola inyección gaseosa. Estas inyecciones han sido también eficaces en dos casos de pleuresía hemorrágica que sobrevinieron en el curso de un cáncer pleuropulmonar. La afección cancerosa continuó su marcha sin producir nuevo derrame pleurítico. En un caso de pleuresía quiliforme que complicó una linfadenia del mediastino, las punciones, en número de seis, que se habían practicado de mes en mes, se practicaron más de tarde en tarde, cada tres meses. Los derrames purulentos pueden ser tratados de igual manera, pero sólo los de naturaleza tuberculosa. En efecto, en un caso de pleuresía purulenta de neumococos, la recidiva fué rápida y hubo que recurrir á la pleurotomía como método preferible. En cambio en los sujetos tuberculosos, con derrames á veces considerables, aunque sin gran reacción, los resultados de la intervención quirúrgica suelen ser muy discutibles. La persistencia de una fístula pleurítica obliga muchas veces á practicar operaciones importantes para que se obstruya la bolsa. No es raro que los enfermos, debilitados ya por su largo padecimiento, sucumban á consecuencia de estas intervenciones. El método de las inyecciones gaseosas intrapleuríticas ejerce en estos casos una acción simplemente paliativa, pero de valor innegable. En tres casos en que se han practicado sólo fracasaron una sola vez en un enfermo al que tres meses después fué preciso practicar la pleurotomía; se extrajeron 4.800 gramos de pus y se inyectaron 2.500 de ázoe. Los otros dos enfermos sobrevivieron á la punción diez y dieciocho meses respectivamente. El líquido no desapareció por completo de la pleura, pero su reproducción fué contenida por la presencia del ázoe que persistía en la bolsa

pleurítica, aunque en menor cantidad, ocho meses después. La acción terapéutica de las inyecciones gaseosas es puramente mecánica; se oponen á la reproducción del derrame por la compresión que ejercen á la vez sobre el líquido y sobre el pulmón; así que es preciso emplear un gas inerte que sea absorbido con gran lentitud; el que llena mejor estas condiciones es el ázoe. Puede decirse, en general, que es preciso inyectar casi un volumen de ázoe por dos de líquido extraído por punción. La adición de adrenalina, recomendada por el profesor Barr, de Liverpool, no tiene ventajas verdaderas sobre las inyecciones simples de ázoe.

Inyecciones preventivas de suero antitóxico en la profilaxis del tétano humano. — El Dr. Vaillard: Para demostrar la eficacia de las inyecciones de suero antitetánico, basta decir que de 13.124 animales sometidos á este tratamiento antes de una operación quirúrgica ó después de un traumatismo, ni uno sólo padeció tétanos. No es posible afirmar de un modo categórico que lo que ocurre en los animales ha de ocurrir en el hombre, pero sería sorprendente que un método tan eficaz en los animales careciera por completo de utilidad en medicina humana. Sabemos, no obstante, que la eficacia de estas inyecciones en el hombre es muy discutida desde hace algunos años. De todos los argumentos que se oponen al método preventivo, el más importante es sin duda el siguiente: el tétano se presenta á pesar de las inyecciones preventivas. Esta afirmación se funda en 41 casos, ó mejor dicho en 31, puesto que en 10 de ellos es imposible deducir la ineficacia del suero. De los 31 casos deben descartarse 18, porque el tétanos se presentó en una época muy lejana de la inyección, y por consiguiente cuando ya había desaparecido la acción preventiva. Quedan 13 casos, en los que el tétanos se presentó á pesar del suero, cifra insignificante comparada con los millares de inyecciones que se practican desde 1896.

Creo, en resumen, que las objeciones que se hacen contra el valor de las inyecciones preventivas carecen de fundamento real. De que el método fracase en algunos casos no puede deducirse que sea siempre ineficaz.

El suero antitetánico no ejerce acción alguna sobre el bacilo del tétanos, no es bactericida. Los esporos, protegidos contra los fagocitos, germinan y se cultivan en abundancia en el cuerpo de un animal inmunizado, cuya sangre es muy antitóxica, y esto sin perder nada de su propiedad toxígena; á pesar de este cultivo intenso el animal no contrae el tétanos, porque la antitoxina de su sangre destruye el veneno á medida que se forma. No puede contarse con el suero inyectado para oponerse á la germinación de los esporos tetánicos. Estos se desarrollan si encuentran en el foco del traumatismo las condiciones propicias para su cultivo (asociaciones microbianas, supuración, esfacelo de los tejidos, coágulos sanguíneos). El cirujano debe, á ser posible, suprimir estas condiciones favorables para el cultivo de los esporos.

El suero es sencillamente antitóxico. Neutraliza el veneno producido por el cultivo del microbio, y mientras dura su acción evita el envenenamiento, dejando á las células fagocitarias, cuya actividad excita, el cuidado de luchar contra el bacilo que se desarrolla en la herida, y al cirujano la obligación y el tiempo de suprimir este foco peligroso. El suero es, por lo tanto, uno de los medios, pero no el medio suficiente para prevenir el té-

tanos. Sin él, y sólo á beneficio de la defensa celular, el animal se preserva cuando se le inocula en un tejido sano esporos puros y sin toxina. En las condiciones naturales de la infección no se trata de esporos puros y de tejidos sanos; las heridas son de naturaleza variada, los esporos están asociados á bacterias diversas, condiciones todas favorables para su germinación más ó menos rápida. El suero confiere en estos casos una seguridad eventual contra los peligros del envenenamiento, debido á la vegetación del bacilo y da, por lo tanto, á los fagocitos y al cirujano tiempo para realizar la obra que les incumbe. Esta seguridad es limitada; dura mientras existe antitoxina y circula en cantidad suficiente, es decir, una semana poco más ó menos en el hombre. Después, si el cultivo del bacilo continúa en el foco de la herida, la toxina segregada no encuentra antitoxina que la neutralice, y produce sus efectos habituales. Si, por el contrario, la provisión de antitoxina se renueva en tiempo oportuno, la preservación se prorroga durante otro nuevo período. De aquí la necesidad absoluta de repetir las inyecciones de suero mientras persista el foco que puede producir el tétanos. Es preciso también que el suero se inyecte á dosis suficientes, al menos la vez primera. En efecto, la experiencia demuestra que la cantidad de suero no es indiferente. Las dosis elevadas protegen mejor que las pequeñas. Una costumbre, tomada arbitrariamente, fija en 10 cent. cúb. la cantidad de suero que debe emplearse; conviene doblar y hasta triplicar la dosis en los traumatismos graves, propicios para la infección tetánica y expuestos fatalmente á la supuración ulterior.

Aun con estos requisitos no puede pretenderse que el suero preserve siempre y de un modo infalible; los datos experimentales demuestran lo contrario. Cuando la infección tetánica se desarrolla en los músculos, la preservación de los conejillos de Indias es muy problemática, hasta casi imposible si el cuerpo extraño infectante queda fijo en la herida; además de que la fagocitosis es defectuosa en estas condiciones, la abundancia de elementos nerviosos (nervios, placas motoras terminales) favorece la absorción y la propagación de la toxina por vías por las que la antitoxina no puede penetrar. La preservación es también insegura cuando el bacilo se cultiva en un foco visceral ó hemorrágico. Por otra parte, en el animal impregnado de substancias microbianas distintas, el compuesto antitóxico suero + toxina puede descomponerse dejando libre un veneno activo; ¿no puede producirse esto en el lesionado en el curso de los incidentes sépticos que se desarrollan en una herida grave? Por último, el tétanos puede tardar en desarrollarse hasta ochenta y siete días después de la herida, como ocurrió en un caso de Terrier. Es, por lo tanto, pueril no esperar fracasos cuando ocurren en los experimentos. No debe, por lo tanto, pedirse al suero la seguridad absoluta, que es impropia de los fenómenos de índole biológica, sometidos á condiciones individuales ó á contingencias cuyos efectos no podemos prever.

Modo de empleo del suero como preventivo.—El suero debe ser empleado lo antes posible después del traumatismo, variando la dosis de la primera inyección, según la naturaleza y gravedad de éste. En las heridas poco profundas, regulares, accesibles con facilidad á los medios antisépticos, bastan de ordinario 10 cent. cúb. En las heridas contusas, profundas ó contami-

nadas con cuerpos extraños, en las heridas anfractuosas con modificación de los tejidos y focos hemorrágicos, en los magullamientos, las fracturas ó las luxaciones complicadas, está indicado inyectar de una vez 20 á 30 centímetros cúbicos de suero, porque la cantidad contribuye al éxito de la preservación tanto como la cualidad. Los peligros del tétanos son más de temer en los traumatismos graves, que van acompañados con tanta frecuencia de supuraciones prolongadas ó de otros accidentes sépticos. Es preciso repetir la inyección de suero á intervalos convenientes mientras subsista el peligro de infección tetánica; y sabemos, por los experimentos practicados, que el tétanos puede presentarse treinta y siete días después de producirse la herida. Observaciones hechas en el hombre han demostrado que la cantidad de antitoxina introducida con el suero queda casi inalterable durante una semana, y después desciende en dos á seis días. Conviene, por lo tanto, repetir la inyección de suero á fines de la primera semana y después semanalmente. Si la dosis inicial ha sido de 20 á 30 centímetros cúbicos bastan 10 á 15 cent. cúb. para las inyecciones sucesivas.

El empleo del suero seco espolvoreado sobre la superficie de la herida, no debe sustituir á la inyección subcutánea de suero líquido. El suero seco puede ser absorbido por una solución de continuidad que quede al descubierto (Calmette), pero no puede tenerse seguridad de que lo sea cuando la herida está cubierta por una cura ordinaria (Tuffier); es imprudente confiar sólo á este medio la prevención del tétanos.

La inyección preventiva no dispensa las precauciones minuciosas que exige el tratamiento de las heridas. Estas deben quedar limpias de todo cuerpo extraño y de coágulos sanguíneos. La antisepsia será lo más perfecta posible; pero con pretexto de destruir los gérmenes no se destruirá ó lesionará la vitalidad de los elementos celulares que deben intervenir necesariamente en la lucha contra la infección local.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Mayo de 1908.

Perforaciones intestinales de origen tifoideo.—El Dr. Michaux: Antes de 1904 se habían recogido en Francia unos 150 casos; después se han dado á conocer unos 15 casos más, á los cuales es necesario añadir los siguientes, que me han sido comunicados por nuestros jóvenes colegas de los hospitales: 5 intervenciones de Auvray, en 3 con perforación evidente y sin éxito; 4 de Michon con una curación y 3 muertos; 3 de Launy con 3 muertos; 3 de Marion con la misma terminación, y 6 de Gosset con 3 fracasos y 3 éxitos, de los que uno se refiere á un caso de apendicitis. Estos hechos completan la serie de las operaciones practicadas en Francia y demuestran que nuestra juventud médica no ha sido más afortunada que nosotros. Los resultados obtenidos son de 80 muertos y 20 curaciones por 100, aunque en realidad esta proporción de curaciones no es la verdadera, puesto que en 11 casos no se ha hecho más que la laparotomía exploradora; la cura-

ción de las verdaderas perforaciones no es más que del 8 por 100. En el extranjero los resultados parecen mejores al primer golpe de vista. Así, una estadística de Zezas menciona 90 curaciones en 254 intervenciones; pero si se hace el examen y la crítica de las observaciones no se encuentra más que el 25 por 100 de curaciones. En América la mortalidad aún sería menor, donde en cambio la fiebre tifoidea es muy frecuente. Otra conclusión se desprende de los hechos aportados por nuestros colegas y es la importancia y multiplicidad de lesiones que simulan, por sus síntomas, una perforación tífica. No insistiré sobre el diagnóstico de estas perforaciones que, algunas veces fácil, está con frecuencia rodeado de grandes dificultades. La laparotomía está indicada siempre que se tiene la certeza de perforación y, en los casos de duda, cuando las probabilidades son numerosas, debe practicarse lo más pronto posible, puesto que, á pesar de algunos éxitos obtenidos tardíamente, hay tantas más probabilidades de éxito cuanto más precoz es la operación. La laparotomía media es el procedimiento de elección y las maniobras de suturas y de consolidación de la perforación variarán según las circunstancias.

Apendicitis aguda en un saco herniario en un niño de veintiocho días. — El Dr. Villemin: Esta observación nos ha sido comunicada por el Dr. Launy. Después de unos días de malestar, este niño tuvo bruscamente vómitos y tumefacción ilíaca. La operación descubrió un saco herniario de gran espesor que contenía el apéndice gangrenado y pegado al intestino con algunas lesiones de peritonitis local sin estrangulación; se resecó el apéndice y las consecuencias operatorias normales. Se han dado á conocer algunos hechos análogos, pero ninguno de ellos ha sido observado en un niño tan joven como el enfermo del Dr. Launy. Yo he operado un niño de seis semanas, en el que se encontraba el ciego dentro del saco. La patogenia de los accidentes aún es obscura, puesto que pueden ser debidas á una perforación del apéndice contenido en el saco ó á una estrangulación que provoca las lesiones de apendicitis; de todos modos está indicado intervenir.

El Dr. Kirmisson: Sin ser muy frecuentes las apendicitis en los niños, tampoco son tan raras como se creía antes. Recuerdo un niño que tenía un tumor en la ingle derecha, dolor y vómitos; el testículo correspondiente no había descendido á las bolsas; al cabo de cuarenta y ocho horas una incisión dió salida á pus; se extirpó el apéndice y el testículo, y algo más tarde hubo una evacuación de pus por el recto, lo cual no fué obstáculo para la curación.

Tumores y estenosis pilóricas de origen tuberculoso. — Los Dres. Poncet y Leriche: Dividimos en tres grandes formas las manifestaciones estomacales de la tuberculosis: una forma ulcerosa que sólo convierten en quirúrgica sus complicaciones y su cicatrización viciosa; una forma hipertrófica, el *tuberculoma gástrico*, que forma tumoración y hace pensar en el cáncer y, en fin, una forma inflamatoria. Sólo esta última va á ser objeto de nuestra comunicación. La tuberculosis inflamatoria gástrica es una realidad y engendra dos tipos distintos de lesiones, según que ataque más particularmente el epitelio ó la submucosa; por irritación epitelial realiza una proliferación adenomatosa más ó menos extensa, que en general no se revela clínicamente. Por sus localizaciones submucosas crea infiltraciones

esclero-inflamatorias difusas ó circunscritas, cuyo conocimiento es precioso para interpretar cierta clase de estos tumores, acerca de los cuales habían insistido Gerard-Marchant y Demoulin. Más ó menos difusa, la lesión reviste el aspecto de la linitis plástica; localizado un núcleo fibroso, una induración más ó menos extensa del píloro (estenosis fibrosa primitiva), son calificados de úlcera cicatrizada. Todas las linitis no son neoplasias epiteliales, sino que las hay puramente inflamatorias y, entre éstas, las de origen tuberculoso. Al lado de estas degeneraciones fibroides difusas, hállanse ciertas esclerosis circunscritas y limitadas al píloro, las cuales estrechan su calibre y dan lugar, con mayor ó menor rapidez, al síndrome pilórico, pero desde luego, sin dolores, sin pirosis, y, sobre todo, sin vómitos negruzcos, sin hematemesis. He tenido ocasión de observar siete casos de esta piloritis fibrosa de naturaleza tuberculosa, enfermos que en su mayoría han sido operados en mi clínica por mis ayudantes, los Dres. Delore y Leriche. La individualización de esta piloritis seca, sin tubérculos ni granulaciones, da además la clave de ciertas observaciones paradógicas, en las cuales, después de una simple laparotomía y, sobre todo, después de una gastroenterostomía, los enfermos gozaban de perfecta salud muchos años después de la intervención quirúrgica. Y es que la neoplasia era una *neoplasia inflamatoria* en lugar de ser una verdadera neoplasia, un tumor maligno. Nuestras investigaciones permiten interpretar actualmente tales observaciones, que aun hay son motivo de preocupación para médicos y cirujanos.—(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 29 de Mayo de 1908.

Operación del fimosis. — El Dr. *Oscar Föderl* da á conocer una operación del fimosis en la que, en las hojas exterior é interior del prepucio se traza, á partir del anillo prepucial, una incisión oval, pero en dirección opuesta. Los planos cruzados de los bordes cruentos se deslizan en sentido horizontal y son suturados circularmente. Con la incisión oval se aumenta la circunferencia del anillo prepucial que ha de formarse después.

Prolongación experimental de la preñez en las conejas. — Los Dres. *Luis Mandl* y *Alois Kreidl* refieren haber extirpado á conejas preñadas un cuerno uterino y haber extraído de los otros todo los embriones menos uno. En estas conejas la preñez duró algunos días más de los veintiocho, que es el plazo normal, y el hijo nacido en estas circunstancias tiene el desarrollo del que ya lleva algunos días de vida extrauterina. El autor cree que también en la especie humana es muy posible que con la muerte de un feto gemelo tarde el otro en nacer más de lo regular.

Técnica é instrumental para las operaciones asépticas en el intestino. — El Dr. *Luis Moszkowicz* describe la técnica respectiva en los siguientes términos: A través de un ojal hecho en el mesenterio se hace pasar una pinza de compresión, se desliza sobre el intestino y apretando un tornillo

se le comprime con fuerza. La pinza contiene en su interior dos varillas muy delgadas, cuyo extremo sobresale del de las pinzas. Como estos extremos están abarcados por unos aritos, quedan de este modo transformadas las varillas en unos cepos intestinales de construcción muy sencilla, puesto que permanecen colocadas cuando se quita la pinza de compresión. Entre las varillas compresoras se secciona el intestino con el termocauterio y en cada par de varillas se coloca una pinza de sostén, la cual impide con seguridad que se deslicen las varillas, en la maniobra que se practica después y no siempre con suavidad, de extirpar la porción enferma de intestino. Cuando hay que proceder ahora á anastomosar los extremos de intestino cerrados con las varillas, se unen y fijan estos extremos por medio de una pinza de sostén que puede abarcar cuatro varillitas y, hecho esto, se procede á colocar una sutura seromuscular por encima de las varillitas pasando primero sobre un lado y después sobre el otro. Se extraen ahora las varillitas y se cierran por medio de sutura abotonada los pequeños orificios que han quedado en los extremos de la sutura. Se practica seguidamente una segunda sutura en la serosa intestinal, y por último, se establece la comunicación amplia entre los dos cabos, para lo cual, invaginando con el dedo, se deshace la adherencia de dichos extremos.

El Dr. *Julio Schnitzler* no aprecia diferencial esencial entre el método de Moszkowicz y el de Rostowzew, aunque reconoce que el instrumental propuesto por el primero es más práctico. Pero lo que más importa es averiguar si el principio en que se funda el método de Rostowzew significa, como cree Moszkowicz, un progreso en las operaciones gástricas é intestinales. El autor lo duda mucho, puesto que en estas operaciones el peligro principal sigue siendo la infección consecutiva á la insuficiencia de la sutura intestinal. Así que, sin desconocer las ventajas del nuevo método, habría que dilucidar si no carece también de inconvenientes. En efecto, como en el método de sutura de Rostowzew no se cose la mucosa, pueden sobrevenir hemorragias y también puede acontecer fácilmente que sobrevengan estrecheces cicatrizales en el sitio de la sutura por esa misma circunstancia de no haber sido cosida la mucosa.

El Dr. *Moszkowicz* contesta que, en efecto, no se cose la mucosa, pero que con la compresión muy enérgica, y más aún con el tueste de la mucosa (calentamiento de las varillitas con el termocauterio), tenemos la seguridad de que quedan cerrados los vasos.

Destino de los espermatozoos que no intervienen en la fecundación.—El doctor *Hans Konigstein* dice que como para la fecundación basta con un espermatozoo, los otros perecen. Ya en las mismas vías seminales masculinas perecen muchos. Las esferas eosinófilas que se hallan en las vesículas seminales y que presentan una estructura homogénea indican su procedencia de los espermatozoos. Estas esferas son más abundantes durante la pubertad y muy raras después de los cincuenta años.

Respecto al destino de los espermatozoos en el trayecto genital femenino, los experimentos del autor demuestran que en las ratas llegan hasta el interior del útero, siendo retenidos en esta víscera por un tapón que se forma en la vagina á expensas de la secreción de las glándulas accesorias del macho. A las doce ó dieciséis horas se deshace este tapón y sale el

esperma, encontrándose espermatozoos en las criptas y quistes de la mucosa. Estos espermatozoos penetran entonces en leucocitos que han inmigrado en abundancia y son destruídos por estas células. Este perecimiento en los leucocitos acaso nos dé una explicación de la esterilidad que se observa en los casos de catarros purulentos de los órganos genitales.

El Dr. *Eduardo Waldstein* confirma en lo esencial los datos referidos, puesto que él también ha encontrado al poco tiempo del coito la mucosa muy invadida por leucocitos y una gran formación de vacuolas en el epitelio uterino. Concede, empero, una gran importancia á la penetración de los espermatozoos en los senos y rincones más finos y más delgados de la mucosa uterina. Así se comprende el fenómeno, de otro modo difícilmente explicable, del paso del esperma depuesto en la vagina á través del estrecho conducto cervical y después desde la cavidad uterina por el istmo tubario hasta la trompa.

La fulguración como medio terapéutico. — El Dr. *Leopoldo Freund* dice que para la práctica de la fulguración ha empleado las chispas de la espiral secundaria del aparato de Oudin, cuya acción es mecánica, térmica, magnética, óptica y química. El efecto terapéutico se debe principalmente á las acciones mecánica y térmica. La acción superficial es desigual y la profunda escasa, motivo por el cual la fulguración sirve sobre todo para el tratamiento de afecciones superficiales. El autor propone, en los procesos de invasión profunda, proceder primeramente á una extirpación quirúrgica lo más radical posible y después tratar con la fulguración la superficie cruenta. Sin embargo, en vez de la fulguración pueden emplearse también los rayos Röntgen.

El Dr. *Federico Necker* cree que la cuestión de qué es lo que podemos esperar de la fulguración, se debe resolver de un modo más terminante de como lo ha hecho el autor. El mismo Keating-Hast, al ver la acción poco profunda del procedimiento, combina las intervenciones quirúrgicas con una fulguración intensa y prolongada y aconseja el empleo de chispas enfriadas y que no obren de un modo cáustico. La proposición de Freund de tratar con los rayos Röntgen las superficies cruentas que quedan inmediatamente después de una operación, no es aceptable, puesto que los rayos Röntgen empleados de ese modo, lejos de mejorar las condiciones de la herida operatoria, como lo hace la fulguración, las empeoran y hasta comprometen gravemente la asepsia de la operación. El autor cree del caso recordar, con este motivo, que los casos de epitelioma avanzado de que ha dado cuenta hace poco tiempo, al principio los sometió todos á la acción de los rayos Röntgen y sólo cuando vió que este tratamiento era inútil, es cuando empleó la fulguración, observándose entonces que este procedimiento no ha fracasado en ningún caso.

El Dr. *Isak Robinsohn* hace observar que la röngenoterapia de la superficie cruenta que queda después de la extirpación de neoplasmas malignos y del tratamiento combinado del lupus, hace ya años que la vienen aconsejando y empleando radiólogos ingleses y americanos, y entre ellos Carlos Beck, de Nueva York.

El Dr. *Freund* no cree que la posibilidad de aplicar los rayos Röntgen de un modo aséptico habrá de ser menor que con la fulguración. Y respecto

á que la röntgenoterapia de los epiteliomas de las cavidades del cuerpo sea ineficaz, es una afirmación con la cual no está de acuerdo su experiencia personal.

(*Wiener klinischer Rundschau*).— R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las úlceras venéreas por las irrigaciones con agua caliente.— Este tratamiento, recomendado primeramente por Welander, lo emplea en la actualidad el Dr. F. Ziusser contra los chancros y bubones fagedénicos. Dirige sobre la lesión un chorrito de 2 milímetros de grueso de una disolución de permanganato potásico á 45 ó 50°, empleando en cada irrigación 4 á 5 litros de líquido y utilizando un irrigador cuyo depósito se coloca á 2 ó 3 metros de altura. La irrigación se repite cada dos ó tres horas. Después de la irrigación, el fondo de la úlcera se limpia con gasa, se espolvorea con yodoformo, se aplica una cura de gasa yodoformizada que se cubre con algodón mojado en álcohol alcanforado diluído y encima se pone una cataplasma caliente de linaza que se renueva con frecuencia. Si hay fimosis que oculta el chancro, se divide el prepucio para ponerlo al descubierto. A las doce ó veinticuatro horas, el aspecto de la lesión cambia por completo. Las masas necrosadas se desprenden, el olor fétido desaparece, la secreción disminuye y la temperatura se hace normal. A los pocos días se ven formarse granulaciones, principio de la cicatrización. En los chancros fagedénicos fulminantes este tratamiento produce resultados aún más asombrosos. El fagedenismo se contiene desde las primeras irrigaciones. En los bubones, dicho tratamiento contiene los procesos destructores más rebeldes. Si es preciso hacer una cauterización, se emplea la disolución concentrada de cloruro de zinc ó la del sulfato cúprico al 1 por 100 con 10 por 100 de glicerina. Conviene emplear alternativamente estas disoluciones y á veces usar agua clorada. Las irrigaciones calientes pueden emplearse en todas las lesiones sépticas análogas, sobre todo el noma.

(*Rev. de thér.*, 15 junio 1908).—F. Toledo.

Röntgenoterapia de las perturbaciones menstruales.—El Dr. Manfred Fraenkel da cuenta de las modificaciones que con la röntgenoterapia ha observado en 28 casos de perturbaciones menstruales. Los dolores dismenorréicos y las hemorragias profusas cesaron, por término medio, con 10 á 12 sesiones, y en muchos casos con sólo 5 á 6. Este resultado se sostuvo muy á menudo hasta el tercer período subsiguiente, haciéndose necesaria después la repetición del tratamiento; pero en esta segunda etapa basta con la mitad de las sesiones por lo general.

En cinco casos de flujo blanco, cedió éste en muy poco tiempo con sólo los rayos Röntgen y sin necesidad de tratamiento local. El éxito favorable de la röntgenoterapia se ha observado hasta en casos en que, por otros mo-

tivos, se hicieron obrar los rayos Röntgen sobre otras regiones diferentes de la abdominal, v. gr., la tiroidea, ó bien en casos de psoriasis, el brazo y la pierna.

La época más favorable para las sesiones de röntgenoterapia es inmediatamente después del último período, ó por lo menos en la primera mitad del intervalo que le sigue. Una vez que haya sido eficaz la röntgenoterapia bastan, para hacer menos profusas las hemorragias de los períodos sucesivos, otras dos á cuatro sesiones en las cuatro á ocho semanas siguientes.

El autor explica la virtud terapéutica de los rayos Röntgen en estos casos, exclusivamente por su acción sobre los ovarios.

(*Zentralblatt für Gyn.*, núm. 5, 1908). — R. del Valle.

Significación actual del corioepitelioma.— El Dr. James Ewing se ha ocupado de dicho asunto en la *Academia de Medicina de Nueva York.* Este grupo de tumores puede subdividirse en tres clases, que se diferencian por sus caracteres macro y microscópicos, pronóstico é indicaciones para el tratamiento. Son:

1.° Sincitioma, corioma atípico de Marchand. El tumor produce infiltraciones más ó menos difusas del miometrio, ó hay un tumor intrauterino voluminoso que produce aumento de volumen del útero, pero sin tendencia á la perforación del órgano ni á la metastasis. Histológicamente el tumor está compuesto de grandes células sincitiales diseminadas por las paredes de los senos y por la musculatura. La hemorragia, la caquexia, la supuración y la perforación por la cucharilla pueden ocasionar la muerte. En los primeros períodos el pronóstico es favorable.

2.° Corioadenoma destructor, pólipo placentario maligno. Este tumor tiende á infiltrar los senos del útero, aumentando considerablemente su volumen. Se producen metastasis en los pulmones y en la vagina, pero puede obtenerse la curación con seguridad después de las metastasis vaginales ó de la extirpación parcial, posiblemente después de las metastasis pulmonares. La neoplasia contiene vellosidades.

3.° Coriocarcinoma. Este tumor es relativamente pequeño, circunscrito á la musculatura, tiende con rapidez á perforar el útero sin aumentarle gran cosa de volumen y á producir metastasis locales y pulmonares. No contiene vellosidades. Se encuentran en masas células de Langau y sincitio. Los signos morfológicos de anaplasia y de malignidad son siempre marcados. El desarrollo atípico y difuso de células produce una estructura á la que se da de ordinario el nombre de carcinoma. Los tumores de esta estructura son probablemente siempre fatales. La operación acelera al parecer á veces su marcha. El útero debe ser extirpado lo antes posible.

(*New York Med. Journal*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA DECORTICACIÓN RENAL

ESTUDIO CRÍTICO Y BIBLIOGRÁFICO DE ESTA INTERVENCIÓN OPERATORIA

POR

D. ENRIQUE PÉREZ GRANDE

Doctor en Medicina. Madrid.

(Conclusión).

OBSERVACIÓN II.—*Eclampsia puerperal. Parto artificial. Decorticación doble y nefrotomía derecha. Curacion* (Pousson y Chambrelend, de Burdeos) (1).—Mme. D..., de veintiún años, costurera, sin antecedentes de familia y de muy buena salud habitual, reglada á los catorce años y medio, queda embarazada algunos meses después de su matrimonio. Su embarazo evoluciona al principio sin incidente alguno; pero hacia el octavo mes la enferma observa que su cara está ligeramente hinchada por la mañana, y de tiempo en tiempo experimenta dolores contínuos de cabeza.

Algunos días antes de llegar á término consulta á una comadrona, que encontrando vestigios de albúmina en sus orinas, prescribe dieta láctea absoluta.

Al día siguiente por la tarde, el 14 de enero, aparecen los primeros dolores, por lo cual avisan á la comadrona. Esta observa que el cuello comienza á dilatarse pero que el trabajo se hace muy lentamente, siendo los dolores muy espaciados y poco violentos.

Algunas horas después del comienzo del trabajo, la parturiente, hasta entonces alegre y parlera con los que la rodeaban, deja de hablar y responde apenas y no siempre concretamente á las preguntas que se le dirigen. Cae en una especie de somnolencia entre cada dolor y su respiración es irregular.

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires;* núm. 8, 15 abril 1906.

A este sopor vienen á unirse muy pronto algunos movimientos convulsivos de los miembros, y después estalla un ataque de eclampsia. Se llama á un médico, el cual prescribe un enema de cloral. Disminuyen las convulsiones y la enferma cae en un estado semicomatoso, que se prolonga toda la noche.

Las orinas que se extraen con la sonda (pues la enferma hace ya diez horas próximamente que no orina) son muy escasas, no pasan de una cucharada, y forman una masa cuando se calientan.

En la mañana del 15 de enero, próximamente dieciséis horas después del comienzo del trabajo, se practica la dilatación digital del cuello, no tardando en la expulsión de un niño muerto. El alumbramiento tiene lugar sin contratiempo alguno, siendo pequeña la pérdida total de sangre.

El coma no cesó en el curso de estas maniobras, y media hora después del parto estalla una crisis violenta de eclampsia con mordedura de la lengua, á la cual sigue nuevamente un coma profundo. Este coma dura veinticuatro horas y es interrumpido por tres ó cuatro crisis convulsivas. La Srta. Dra. Beely, médico de la enferma, manda llamar al Dr. Pousson á las cinco de la tarde del día 16 de enero, y el cual encuentra á la Sra. D. en un estado de embotamiento, del cual no puede hacer salir ningún medio. Sus miembros superiores é inferiores están extendidos, flácidos, y cuando se levantan vuelven á caer inertes; entreabriendo los párpados, se cierran por sí mismos: las pupilas están dilatadas é insensibles á la luz. La respiración es estertorosa, regular y poco frecuente. El pulso es lleno y regular, 108 pulsaciones; la temperatura es de 37°,8.

Después del cateterismo practicado antes del parto, la enferma no volvió á orinar espontáneamente, y por la sonda se han evacuado en varias veces 200 cent. cúb. de una orina obscura, con una gran cantidad de albúmina.

El sondaje practicado por Pousson da salida á 75 cent. cúb. de orina, cuyo análisis suministra los siguientes resultados:

Densidad á + 15°	1.012.		
Reacción	hipo-ácida.		
Color	amarillo subido.		
Aspecto	turbio.		
Sedimento	abundante.		
Urea	8	gramos	por litro.
Acido fosfórico total (ó Ph_2O_5)	0'85	—	—
Cloruro de sodio	4'10	—	—
Albúmina	6'50	—	—

Numerosos leucocitos y hematíes. Deshechos epiteliales.

En presencia de este coma persistente de más de treinta y seis horas, á pesar del parto, y sobre todo, teniendo en cuenta la oliguria, se decide la operación, que se practica el 16 de enero á las nueve de la noche.

No obstante estar comatosa é insensible, es sometida la enferma á ligeras inhalaciones de cloroformo.

Se descubre primeramente el riñón izquierdo por una incisión oblicua, desde la última costilla á la espina ilíaca anterosuperior. Esta incisión atraviesa una capa de tejido célulo-adiposo muy espeso é infiltrado; los músculos están pálidos y como hidrotomizados; por último, de la cápsula adiposa sale una abundante cantidad de serosidad. El riñón, que se lleva al exterior con facilidad, es de color moreno, groseramente lobulado y de consistencia muy firme. Su diámetro longitudinal no está aumentado, pero el transversal lo está considerablemente, de suerte que el órgano parece redondeado y cilíndrico. Incindida la cápsula en el borde convexo, se desprende con facilidad y deja aparecer el tejido propio del riñón, menos obscuro que antes de la decapsulación y de una coloración rojo hepática; su lobulación se dibuja con claridad.

Acompaña á la decorticación un ligero derrame sanguíneo que se cohibe pronto por sí mismo. Reintegrado á su celda el riñón, se coloca sobre el polo inferior una mecha de gasa que sirva para el desagüe, y se cierra la herida lumbar con catgut en los planos musculares, y crin en los tegumentos.

Se vuelve á la enferma á fin de hacer visible el lado derecho, y se incinde su pared lumbar igual que en el lado opuesto. La infiltración celular, muscular y de la cápsula adiposa, está más pronunciada que en el lado izquierdo. Extraído rápidamente el riñón, aparece alargado y cilíndrico, de coloración negruzca, de gran consistencia, pero menos lobulado que el riñón izquierdo. Incindida la cápsula en su borde convexo, se separan en seguida sus labios ampliamente y la substancia renal tiende á herniarse, lo cual prueba la compresión ejercida por la cápsula. Terminada la decorticación, el riñón pierde su coloración rojo negruzca para hacerse rojo morena. Una incisión de polo á polo y alcanzando en profundidad hasta la pelvis renal, da salida á un líquido muy abundante constituído por sangre negruzca, y á medida que la sangre sale, la substancia renal recobra su coloración rojo claro. Después de quitar de cada uno de los cortes renales un pequeño fragmento laminar para el examen histológico, se coloca una

sonda de Pezzer en la pelvis y se sutura el riñón por encima y por debajo, por medio de seis puntos de catgut. Se vuelve entonces el riñón á su celda, se coloca una compresa sobre el polo inferior y se cierra la pared. La doble operación duró poco menos de cuarenta minutos. No se hicieron sino algunas ligeras inhalaciones de cloroformo, á pesar de lo cual la enferma permaneció insensible sin salir de su coma.

17 de enero. — El estado comatoso ha persistido toda la noche, pero parece menos profundo por la mañana; la sensibilidad á la picadura, nula ayer, existe, marcada sobre todo en el lado izquierdo.

La respiración tranquila, suspirosa, ofrece de tiempo en tiempo el fenómeno de Cheynes-Stokes.

Pulso, 120. Temperatura, 38°,8.

No hay micción espontánea. Se extraen con la sonda 180 gramos de una orina densa, negruzca y de olor fétido.

El vendaje está muy empapado, sobre todo el derecho (lado de la nefrotomía), de un líquido de olor urinoso, teñido bastante de rojo, en el lado derecho.

Noche. — El coma es menos marcado. La sensibilidad existe en todo el cuerpo. Cuando se la llama, la enferma abre los ojos; parece comprender lo que se le dice, pero no responde á las preguntas. No hay respiración de Cheynes-Stokes; 44 inspiraciones. Pulso regular y fuerte, 120. Temperatura, 38°,4.

Sigue sin haber micción espontánea; no se extraen con la sonda más que 50 cent. cúb. de orina turbia, espesa, pero el vendaje está muy mojado en los dos lados.

18 enero.—Buena noche. La enferma, hasta entonces inerte é inmóvil en su cama, hace algunos movimientos y hoy por la mañana sale de su sopor. Abre los ojos, sigue con sus miradas á las personas que se acercan á su cama, parece comprender lo que se le dice, pero no siempre contesta á las preguntas.

Respiración tranquila y regular; 40 inspiraciones. Pulso, 104. Temperatura, 36°,8.

Por la noche orina espontáneamente 300 cent. cúb.; vendaje muy empapado; la gasa y el algodón pesan 800 gramos, pero no se ha pesado el vendaje de cuerpo, que está muy empapado.

En razón de la abundancia y de la fetidez de los loquios, se hacen inyecciones vaginales de permanganato de potasa.

Noche.—La enferma sale completamente del coma, charla con su

marido y personas que le rodean, pero no parece tener conciencia de su estado ni del lugar en que se encuentra. Temperatura, 63°,9. Pulso, 96.

19 enero.— La noche ha sido excelente; sueño apacible. La enferma se encuentra bien y no se queja sino de estar mojada.

No recuerda nada de lo que la ha ocurrido desde su primera crisis, y no se preocupa por saber si ha parido. Temperatura, 36°,8. Pulso, 96. Leche con agua de Vittel.

Vendaje muy mojado en el lado derecho; la orina sale parte por el desagüe, parte por la herida. En el lado izquierdo el vendaje está seco y la herida cerrada, excepto en el sitio de donde sale la mecha de gasa. Orinas emitidas con la micción, 750 cent. cúb.; peso del algodón de la cura, 450 gramos.

Noche.—La enferma ha charlado mucho de cosas indiferentes con su familia, pero no se preocupa de saber dónde se encuentra. Ligera excitación. Temperatura, 37°,3. Pulso, 112.

20 enero.—Buena noche; ha pedido con frecuencia de beber; leche. La enferma charla y ríe con sus vecinas, pero no recuerda lo que le pasó el día de su parto y no se preocupa nada de lo que ha sido de su hijo. Sus loquios serosanguinolentos esparcen mal olor. El útero está abultado, doloroso á la presión en el hipogastrio. Temperatura, 36°8. Orinas, 2.200 cent. cúb.

Se prescriben inyecciones vaginales con permanganato de potasa.

21 enero.—Sigue el buen estado general. Sin embargo, la temperatura es de 38°. Orinas, 2.700 cent. cúb.

Se quita la mecha de gasa de los dos lados, pero se mantiene la sonda de Pezzer en la pelvis del riñón derecho.

Los loquios ya no son fétidos, pero el útero sigue abultado. Se continúan las inyecciones de permanganato de potasa.

22 enero.—Por primera vez la enferma pide noticias de su hijo, contestándosela que está bien para no impresionarla.

La sonda del riñón derecho se suprime el 28 de enero; es decir, doce días después de la operación, y la herida se cierra por completo cuatro días después.

Aun cuando la enferma se encuentra bien, el termómetro oscila durante quince días entre 37°,5 y 38°,5, lo que se atribuye al estado del útero, que recobra lentamente su normalidad.

La enferma sale del hospital el 9 de marzo.

El autor ha tenido ocasión de verla varias veces después, y ha podido observar que continúa su buena salud. Doce meses después

de la operación su salud es excelente y sus orinas ya no contienen albúmina.

Como se ve por las dos historias que acabamos de transcribir casi literalmente y que son debidas á los dos más ardientes partidarios de la intervención quirúrgica en las nefritis, en la eclampsia puerperal va siendo una esperanza muy bien fundada la decorticación, pues el mismo Pousson no se atreve á rechazarla, limitándose á aconsejar que se una dicha operación á la nefrotomía unilateral.

Nada de extraño tienen los felices resultados de la decorticación en la eclampsia, si se tiene en cuenta la gran analogía que dicho proceso tiene con la nefritis, de la cual no viene á ser más que una variante, como lo prueban los exámenes histológicos practicados con los trozos separados del riñón en la segunda observación, en los cuales se comprobó la existencia de una glomerulitis, observándose las asas vasculares dilatadas, aumentado el número de los núcleos, la desaparición de las células de la cápsula de Bowmann, que son reemplazadas por un exudado que se interpone entre ellas y el glomérulo; la luz de las asas de Henle está un poco agrandada; la luz de algunos tubos colectores está ocupada por una substancia homogénea, coloreada en rojo y probablemente coloidal; periarteritis alrededor de las arterias finas, y algunas otras alteraciones, propias todas ellas de una nefritis.

Sea cualquiera la causa y el mecanismo, lo cierto es que en la eclampsia no debe verse más que una nefritis de marcha especial é influenciada por el embarazo, y en la cual los accesos eclámpsicos equivalen á los clásicos ataques de uremia.

La eclampsia es una nefritis con insuficiencia de riñon y, como tal, debe exigir el mismo tratamiento que la nefritis é influenciarse ventajosamente como ésta por la intervención quirúrgica.

La dieta láctea, la dieta hídrica, las enteroclisis, los purgantes, las emisiones sanguíneas y las inyecciones de suero salino, único tratamiento médico que se puede instituir entre los accesos eclámpsicos, va todo él dirigido contra la uremia que, al fin y al cabo, no es más que una resultante de la nefritis.

El hidrato de cloral, el cloroformo y demás medicamentos anticonvulsionantes, no pasan de constituir una medicación sintomática é inocente, y estas medicaciones tienen que ir desapareciendo de la terapéutica á medida que vayamos conociendo las indicaciones causales de todos los procesos patológicos.

El riñón en la eclampsia, como en las nefritis, se encuentra estrangulado, por así decir, dentro de su cápsula fibrosa, derivándose de ello la mala nutrición y degeneración de su epitelio, el cual no cumple la misión depuradora que le está encomendada y que tan precisa es al organismo, sin la cual sobreviene la impregnación del sistema nervioso y los clásicos y tan temidos accesos de eclampsia.

Por todas estas razones, no hay más indicación que la intervención quirúrgica en dicho proceso patológico, siempre que fracase la medicación interna, fracaso que no se hace esperar en la inmensa mayoría de los casos.

Dado lo agudo del proceso, están en él indicadas la nefrotomía y la decapsulación para asegurar el presente y el porvenir para borrar inmediatamente la tensión intrarrenal y para asegurar la circulación en lo sucesivo. Nefrotomía y decapsulación son precisas en los casos de eclampsia inminentes, en los cuales no se pudo, por diferentes circunstancias, poner de manifiesto la existencia de albúmina en la orina, pero en aquellos casos en que con antelación suficiente se reveló la alteración patológica de las orinas, en que no se presentaron aún los accesos de eclampsia, aunque se teman, en que, aún mal que bien, cumplen su misión depuradora los riñones, en estos casos, decimos, basta y está indicadísima la decapsulación, á ser posible, bilateral.

La estadística de mortalidad, como se ve, no puede ser más pequeña, puesto que los dos casos citados terminaron por la curación. Aun cuando se repitan las observaciones y haya alguna defunción, la gravedad de los casos de Edebohls y Pousson hacen esperar que la mortalidad por intervención quirúrgica en la eclampsia, por la decorticación renal en dicho proceso, ha de ser menor que en las nefritis crónicas, y por consiguiente, que en las nefritis agudas.

Ya hemos tratado, con toda la abundancia de documentación que nos permiten nuestros conocimientos, el estudio de las indicaciones de la decorticación renal, y vamos á concluir nuestro estudio con un apéndice curioso, con una aplicación rara de la decapsulación renal, aplicación que no puede incluirse aún entre las indicaciones de dicha intervención quirúrgica, por tratarse de una observación única y por ser muy problemático el resultado final de la decorticación en el caso citado y que transcribiremos como curiosidad científica.

Entregado el Dr. Phocas (de Atenas) al estudio de los efectos de la decapsulación renal en las nefritis crónicas, con la cual no registró sino una defunción en diez decorticaciones, pudo observar la influencia de dicha intervención en la diuresis, y por lo tanto, sobre los edemas, habiendo enfermo con ascitis enorme en el cual se reabsorbió el líquido en pocas semanas después de decorticado.

Este hecho y otros análogos le hicieron pensar que acaso se pudiera obtener algún resultado con esta operación en los casos de ascitis, y animado por la escasa mortalidad de la decorticación, se decidió á practicar dicha operación en un caso de *cirrosis hepática común*, ejecutándola el 7 de diciembre de 1905 en el anfiteatro de su clínica y ante sus alumnos, comunicando el resultado de su observación á la Sociedad de Cirugía de París (1).

Se trataba de un hombre de cuarenta y ocho años, vendedor, el cual no era aficionado á las bebidas alcohólicas y contaba entre sus antecedentes morbosos unas fiebres intermitentes que le duraron seis meses. El comienzo de su enfermedad contaba de fecha cuatro meses y medio, época en la cual se apercibió que su vientre aumentaba de volumen. Casi al mismo tiempo observó edema de sus miembros inferiores. A los dos meses de estar enfermo, consultó á un médico y en seguida entró en la Clínica Médica de la Facultad. En ella se hizo el diagnóstico de cirrosis hepática común, se comprobó la existencia de la ascitis (un metro de circunferencia alrededor del ombligo). Se limitó la macidez hepática, que parecía menor que la normal. No había hipertrofia del bazo y sí ligera circulación colateral, edema de los miembros inferiores y disminución de la cantidad de orina (535 gramos), en la cual se encontraron 25 gramos de urea y ninguna albúmina. Había ligera ictericia.

La operación se practicó en el lado derecho. El descubrimiento del riñón fué muy penoso y no pudo lujarse por completo, pero tan pronto como quedó al descubierto, se pudo incindir con facilidad la cápsula sobre su borde convexo, continuando la decorticación con la sonda acanalada. La operación duró quince minutos y durante ella se gastaron 6 gramos de cloroformo, el cual se administró con el aparato de Richard. Se colocó tubo de desagüe y se cerró la herida.

Es notable y debe hacerse constar que la cantidad de orina au-

(1) Phocas: Societé de Chirurgie. Sesión del 10 de enero de 1906. Comunicación sobre un caso de cirrosis hepática común.

mentó desde el primer día. De 350 gramos antes de la operación, ascendió á 600 gramos, á 700 el segundo, á 900 el cuarto, y desde el quinto día osciló entre 800 y 900 gramos.

La urea desde 25 gramos subió á 38 primeramente y se mantuvo después alrededor de 35 gramos. A los nueve días de la operación aún no había tenido el enfermo fiebre, la herida cicatrizaba por primera intención, el vientre se hizo más flexible y parecía observarse una disminución de volumen, pues la circunferencia del abdomen no medía más que 90 centímetros en vez de un metro que medía antes de la operación.

Como se ve, la observación no alcanza más que hasta el noveno día de la operación. Por esta causa, y por lo curioso del caso, nos atrevimos á dirigirnos al Dr. Phocas pidiéndole noticias de su enfermo, pero acaso por no haber dado todo el resultado apetecido la operación, aún estamos aguardando la contestación del eminente profesor de la Facultad de Atenas. Por todas estas razones no nos atrevemos á sacar conclusión alguna del caso en cuestión, que no puede considerarse sino como un intento de aplicación de la decorticación renal al tratamiento de la ascitis.

Ninguna otra indicación existe, que sepamos, de la decorticación renal; por lo tanto, resumiremos nuestro estudio en las siguientes conclusiones, que nos parecen reflejar exactamente el estado de la cuestión:

1.ª La decorticación renal produce una descongestión lenta del riñón y una circulación complementaria entre el parénquima de la glándula y la atmósfera perirrenal.

2.ª En la *nefritis aguda* está indicada la decorticación renal, pero asociada á la nefrotomía, que produce efectos más rápidos.

3.ª En la *nefritis crónica* es insustituíble la decorticación renal, que debe ejecutarse tan pronto como se haga el diagnóstico, sin perder el tiempo con medicaciones internas.

4.ª En las *nefrorragias esenciales* debe emplearse, sin dudar, la decorticación renal, tanto más cuanto que en estos casos se ha llegado á proponer la nefrectomía del riñón que sangra.

5.ª En las *nefralgias rebeldes* están indicadas, tanto la decorticación como la nefrotomía, pero aconsejamos esta última, por servir al mismo tiempo para el diagnóstico diferencial.

6.ª A pesar de creer algunos indicada la decorticación renal en la *anuria histérica*, más conviene no intervenir en semejante incidente, pues perderíase lastimosamente el tiempo.

7.ª Respecto á las indicaciones de la decorticación renal en los casos de *anuria puerperal*, nos decidimos por la intervención, como lo haremos en la conclusión siguiente.

8.ª En la *eclampsia puerperal* no somos partidarios de perder el tiempo, y en vez de medicaciones internas debemos convencer al público para que acepte la decorticación, que será tanto más fácil cuanto más tiempo antes del parto la ejecutemos. Se puede añadir á la decorticación doble la nefrotomía unilateral, como aconseja Pousson.

9.ª La decorticación renal en la *cirrosis hepática* y en las *ascitis* en general, no pasa de ser por ahora una curiosidad científica (1).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Las enfermedades transmisibles y las escuelas en Francia.— II. Tuberculosis por inhalación. — III. Inoculación transcutánea de la tuberculosis. — IV. Nuevos métodos de inmunización. — V. Espirocetos patógenos. — VI. La tuberculosis y la atmósfera. — VII. Casilleros ó cuadernos sanitarios de París: las casas de tuberculosis. — VIII. Sobre la inmunidad de la sífilis. — IX. En contra de la existencia del espirilo de Schaudinn. — X. Profilaxia de la sífilis: calomelanos y atoxil.

I. El Ministerio de Instrucción pública de Francia, de acuerdo con el Consejo de Higiene y de Salubridad del departamento del Sena, ha tomado las disposiciones siguientes relativas á las enfermedades contagiosas en las escuelas comunales:

Pelada. — Queda excluída del número de las transmisibles.

Viruela. — Evicción de cuarenta días; destrucción de los libros y cuadernos del niño; desinfección general; revacunación de todos los maestros y alumnos.

Escarlatina. — Evicción de cuarenta días; destrucción de libros y cuadernos; desinfección general; clausura de la escuela si hay va-

(1) Véase la *Memoria* presentada por el Dr. Pérez-Grande á la Academia Medico-Quirúrgica Española y premiada con el título de Socio Correspondsal otorgado á su autor. 1907.

rios casos en algunos días, á pesar de las precauciones tomadas.

Sarampión.—Evicción de dieciséis días; destrucción de libros y cuadernos; en caso necesario, prohibir concurran á la escuela los niños menores de seis años.

Varicela.—Evicciones sucesivas de los enfermos.

Difteria.—Evicción de cuarenta días; destrucción de libros, cuadernos y juguetes que hayan podido ser contaminados; desinfecciones sucesivas.

Coqueluche.—Evicciones sucesivas de tres semanas.

Tiña.—Evicciones sucesivas; ingreso después de tratamiento y cura metódica.

II. Los experimentos de Küss y Lobstein, á que hice referencia en la Revista anterior, relativos á la tuberculosis por inhalación, son casi los mismos que practicaron Flagge y su ayudante Findel, cuya técnica no tiene reproche.

Han empleado una ternera y tres perros, previamente traqueotomizados para mayor seguridad.

La ternera ha sufrido la acción de *spray* bacilífero durante media hora, y según cálculo debió inspirar 3 miligramos de cultivo tuberculoso (120.000.000 de bacilos); pero como la mayor parte de aquélla no penetra en los pulmones, se puede aceptar sólo una fracción de miligramo. Esta dosis pequeña ha tuberculizado al animal, que empezó á toser á los pocos días, á adelgazar y que reaccionó con la tuberculina. Hecha la autopsia á los veinticinco días de la inhalación, se encontró tuberculosis miliar en el pulmón y en la pleura, y nada en las vísceras y ganglios abdominales.

En los perros, la inhalación fué de 0'141 miligramos de cultivo (menos de 5.000.000 de bacilos), y el resultado fué tuberculosis pulmonar y mediastínica, pero no abdominal. La ingestión de 172 miligramos (6.020.000.000 de bacilos) en otro, no causó daño ni en el vientre ni el pecho, á pesar de ser la dosis 1.120 veces mayor que por inhalación.

Los conejitos de Indias han respondido del mismo modo. La inhalación de 62 bacilos, cantidad casi imponderable, usada por Findel, produce en ellos una tuberculosis pulmonar mortal, en tanto que la ingestión de 19.100 á 384.000 no hace nada, aun esperando ciento setenta y cuatro días para sacrificar los animales; esta dosis es 6.000 veces superior á aquélla. Y de experimentos que tiene en curso, deduce que para infectar uno de estos conejitos por ingestión, hay que hacerle tragar 10 miligramos de cultivo (casi 360.000.000

de bacilos), es decir, una cantidad 6.000.000 de veces mayor que por inhalación.

Estos hechos son de gran transcendencia. Conviene sean comprobados. De todos modos justifican la reserva con que los clínicos, desde el primer momento, acogieron la nueva hipótesis de Behring. (*La Presse médicale*, 1907).

III. De los experimentos hechos por J. Courmont y Lasieur, de Lyon, sobre la inoculación transcutánea de la tuberculosis (XIV Congreso internacional de Higiene y Dermografía, Berlín, 1907), deducen:

1.° La piel friccionada, depilada y hasta intacta, deja pasar el bacilo tuberculoso en el conejito de Indias, conejo y ternera.

2.° En la tercera parte de casos no queda en la piel huella alguna del paso del bacilo; en las otras dos, las lesiones son mínimas, pero tuberculosas.

3.° Se produce la generalización, pero lentamente.

4.° Con bacilos poco virulentos se puede reproducir experimentalmente las lesiones verrugosas de la piel, las lesiones escrófulo-tuberculosas.

5.° En el conejo salta la tuberculosis al pulmón sin dejar vestigio de su paso.

Estos hechos son una prueba más del origen extrapulmonar de la tuberculosis, sin que queden en la puerta de entrada señales de lesiones específicas.

IV. En el mismo Congreso ha tratado J. Bordel, de Bruselas, de los nuevos métodos de inmunización.

Si el principio de la inmunización activa es el mismo que sirviera de base á los trabajos de Pasteur, se ha procurado sacar del método todo el partido posible.

Así, se ha intentado precisar los obstáculos que se oponen á su eficacia, resultantes especialmente de la resistencia de los microbios, de su facultad de adaptación, etc. La anafilia, que á veces se opone á las vacunas, es de especial interés; su mecanismo es todavía obscuro y su interpretación es objeto de grandes preocupaciones.

Para inmunizar se ha recurrido de preferencia á virus atenuados que, en teoría, responden mejor á lo que pretende el método preventivo, pero que no siempre se pueden poner en práctica. La atenuación se logra, según los preceptos de Pasteur, con las condiciones de los cultivos ó adaptándolos á ciertas especies animales.

También se ha intentado precisar por modo seguro cuáles son en

un cultivo los agentes especialmente inmunizantes, cuestión no resuelta en muchos microbios; sobre todo en la tuberculosis no se ha determinado con exactitud el valor comparado de los cuerpos bacterianos y el de los productos microbianos solubles y difusibles, y por eso se emplean los fundados en un hecho como en el otro, y se les dirige á diferentes propiedades del organismo tratado (bovovacuna, método de los sacos).

Tampoco se precisa hoy bien la propiedad del suero que conviene aparezca predominando. Las sensibilizadoras existentes en algunos microbios son dudosas en otros; siendo, en este concepto, conveniente proseguir el estudio de la identidad probable de las opsoninas con ellas ó alexinas. Con todo, se debe dar importancia á los cuerpos microbianos, y en especial á las endotoxinas, que se obtienen de los bacilos de varios modos, por ejemplo, maceración prolongada.

Respecto á las agresinas, se ha exagerado su valía, y no es exacto decir que ellas constituyen la causa esencial de la virulencia. Varios microbios (carbunclo, estreptococo) deben realmente su virulencia á la funda que los envuelve y que les protege de la fagocitosis, principal función defensiva del organismo.

V. También corresponde al mencionado Congreso un trabajo de Levaditi, de París, sobre los espirocetos patógenos.

Actualmente son conocidas varias infecciones del hombre y de los animales causadas por espirilos. A la sífilis, á la frambesia tropical y á una dermatosis del cerdo hay que añadir otras que son verdaderas septicemias: fiebres recurrentes europea y americana, el *tik-fever* (fiebre recurrente africana), así como las espirilosis de los ánades, gallinas y quirópteros, cuyos espirilos viven bien en la sangre y en ella se multiplican por modo extraordinario.

Los espirilos patógenos difieren por su morfología y sus reacciones biológicas, pero entre alguno de ellos hay tales afinidades que deben ser considerados como muy vecinos; y hasta es posible que uno mismo, una vez aclimatado en una especie animal, adquiera nuevas cualidades biológicas y constituya una variedad especial. Cuando el microscopio es incapaz de revelar diferencias entre dos de ellos, la serorreacción, el fenómeno de Pfeiffer y la inmunidad activa demuestran diferencias patentes (Breuil y Kingham, Fränkel, Uhlenhuth), como ocurre con el *S. Obermeyeri*, el *S. Duttoni* y el de la fiebre recurrente americana.

Se ha dicho que los espirilos patógenos son protozoarios y no bacteriáceos, sin que hoy pueda zanjarse esta cuestión. Los que opinan

son protozoarios, se fundan en el aspecto microscópico (membrana ondulante, flagelo y núcleo), en el modo de división (segmentación longitudinal) y en que algunas espirilosis se transmiten por ectoparásitos que no son simples vectores (argas, *Ornythodorus umbata*); pero no está demostrada la membrana ondulante ni lo está el núcleo, y algunos observadores dicen que la división es transversal; además, Borrel y Zettnow han descubierto pestañas perítricas, indudables en el *S. gallinarum* y en el *S. Duttoni*. Respecto á las formas de reposo descriptas por Prowazek, no parecen ser otra cosa que formas involutivas reveladoras de un estado de sufrimiento que precede á la muerte del parásito (Levaditi). No está, pues, demostrada, la naturaleza protozoaria.

Hasta hoy no han podido ser cultivados los espirilos patógenos fuera del organismo; sólo se ha logrado en sacos de colodion puestos en el peritoneo de conejos (Levaditi), resultando así cultivos abundantes y en largas series, del *S. gallinorum*, *S. Duttoni*, *S. refringens* y el americano; en estas condiciones conservan largo tiempo su virulencia. Se multiplican por división transversal y no presentan ciclo evolutivo alguno.

Muchas espirilosis son enfermedades de recaída. El primer acceso termina por crisis ó por lisis, y durante ella desaparecen más ó menos pronto los espirilos de la circulación, no por los anticuerpos bacteriolíticos (lisinas y aglutininas) que aparecen algún tiempo después de la primera lisis, sino por englobarlos los fagocitos y ser destruídos en el plotoplasma, como demuestra el examen microscópico de los animales sacrificados durante la evolución de la crisis. Los espirilos siguen vivos y movibles durante ésta, y no se observa nunca la transformación granulosa (fenómeno de Pfeiffer) al acabar la crisis.

¿Cuál es el mecanismo de la recaída? La inoculación de la sangre y de los órganos de animales que han tenido la crisis, demuestra que algunos de estos parásitos virulentos escapan á ella; además, haciendo muchas preparaciones se les encuentra en la sangre con sus caracteres típicos, lo que prueba que el período de calma entre los dos accesos no corresponde á un estado particular en la evolución de los espirilos. A las cuarenta y ocho horas de la crisis, poco más ó menos, aparecen en la sangre los anticuerpos espirilolíticos; á pesar de ellos resulta (Levaditi y Roché), que estos espirilos supervivientes se inmunizan contra los anticuerpos y resisten á su acción; son incapaces de fijar estos anticuerpos. Esta propiedad adquirida

se transmite por herencia, pues los espirilos de recidiva conservan su resistencia después de varios pasos por animales sensibles. La recaída, por tanto, es debida á una inmunización de los espirilos contra los anticuerpos espirilicidas.

Algunas espirilosis son transmisibles por ectoparásitos: la de las gallinas por los argas, el *tick fever* por el *Ornythodorus mubata*, la europea por las pulgas; no habiéndose demostrado que tengan en ellos un ciclo evolutivo los espirilos. Estos se multiplican en el organismo de los argas (Borrel y Marchoux) y penetran en el huevo (*O. mubata*, Koch), cuya penetración también es posible en el de gallina (Levaditi y Manonelian), hecho interesante si se le relaciona con la transmisión hereditaria del espiroceto pálido en la sífilis humana. Manteuffel, de Berlín (ídem, íd.), ha probado que la fiebre recurrente pasa de uno á otro animal mediante los piojos, ¿pudiera así pasar de la rata al hombre?

Es muy fácil vacunar contra la espirilosis: la inyección de espirilos muertos, ó de vivos en cantidad incapaz de producir la infección, confiere inmunidad. También es posible la seroterapia preventiva, pues el suero de los animales curados (espirilosis *gallinarum*, *anserina*, *Duttoni*, *Olermeyeri*) es muy bactericida, aglutinante y preventiva. En cuanto al tratamiento, hay ciertos productos químicos que dan resultados: el atoxil previene y cura la espirilosis de las gallinas (Uhlenhuth), y algunos colores (benzidina) obran del mismo modo en la septicemia debida al *S. Duttoni* (Mesnil y Vassal).

Por mi cuenta añado que el atoxil es útil contra la dourina (tripanosomiasis de los caballos), pero éstos no lo soportan siempre. (Wogthe, de Berlín, en el mismo Congreso).

VI. P. Le Noir y V. Camus establecen tomas de aire á 40 ó 50 centímetros de la boca de tuberculosos del Hospital de San Antonio, que tosen, expectoran y tienen bacilos en los esputos. Lo hacen pasar á través de filtros de algodón ó de azúcar en polvo, variando la cantidad desde 270 á 53.000 litros. Los filtros de azúcar son disueltos é inyectados, y los de algodón son sometidos al agua, centrifugados, inyectando después lo obtenido.

En ningún caso sufrieron tuberculosis los conejitos de Indias, pero sí reacción local en casi todos durante algunos días y á las veces muerte en veinticuatro horas de infección sobreaguda.

Los autores, sin negar el contagio por el aire, creen que no es muy fácil la infección por inhalación cuando se toman precauciones higiénicas elementales (*Soc. de Biol.*, 1907).

VII. El estudio de los cuadernos sanitarios de París de 1906, hecho por Jullerat (*Revue internat. de la tuberculose*, 1907), confirma la antigua idea de que la tuberculosis es una enfermedad de la casa.

Prescindiendo de los datos numéricos, muy detallados, dos son las principales deducciones: 1.ª, cuando menos el 20 por 100 de casos corresponden á casas ya consideradas como tuberculosas, cifra mayor indudablemente, pues la declaración de los casos y el establecimiento de los cuadernos son recientes; 2.ª, la coincidencia de las casas de tuberculosis con las de cáncer, coincidencia que aboga en pro de la sospecha hace tiempo lanzada de las analogías entre la mortalidad de uno y otro padecimiento.

VIII. En el Congreso mencionado trató Landsteiner, de Viena, de la inmunidad en la sífilis.

Después de la infección se producen alteraciones que impiden el desarrollo de accidentes primarios típicos, iniciadas en el período de incubación y cuyo efecto es la inmunidad, no realizado con frecuencia hasta algunos días después de aparecer el accidente primario. La resistencia del organismo no es absoluta y la entrada de un nuevo virus puede ocasionar fenómenos que le son atribuibles.

Las recaídas y las nuevas infecciones son manifestación de reacciones individuales variables con la edad de la enfermedad, del organismo frente al elemento infeccioso y los productos que éste elabora, hecho indiscutible respecto á los accidentes terciarios que se deben al virus vivo como está probado. En la inmunidad influye también la calidad de los tejidos: en el suero de animales inyectados con gran cantidad de productos sifilíticos se ha demostrado la presencia de anticuerpos.

IX. Spiegel, de Berlín, no cree que el espiroceto pálido sea el causante de la sífilis. En el mentado Congreso expuso sus razones, que son éstas:

1.ª Morfológicamente no es típico, es inconstante, siendo imposible distinguirle de otros microbios saprofitos.

2.ª Se dice que existe sobre todo en las lesiones cutáneas y en las vísceras del feto y del recién nacido, y todo el mundo sabe que en la piel hay cuantos microbios se quiere encontrar y lo mismo pasa en los órganos del feto; en cambio, no se ha visto nunca en las vísceras en casos de sífilis humana graves, ni en las de los monos infectados experimentalmente.

3.ª Se le busca con frecuencia mediante la impregnación, que puede dar lugar á errores de interpretación. Con ella se ha descu-

bierto espirocetos, no sólo en la sífilis, sino en la gangrena pulmonar, queratitis parenquimatosa, viruela, necrosis, maceración, etc. Además, así impregnados, no se parecen en nada á los coloreados según el método de Giemsa.

4.ª Este último método, el único que debiera usarse, no da resultados constantes: unas veces no lo descubre en lesiones indudablemente sifilíticas; otras los ve en lesiones no sifilíticas: caries dentaria, úlceras cancerosas ú otras frambesias, etc.

5.ª No hay proporción entre la reacción de los antígenos y la cantidad de espirocetos descubiertos, y debiera haberla.

Spiegel afirma que la sífilis no es una espirilosis. Todas las conocidas son enfermedades agudas.

X. Metchnikoff en su nombre, y en el de Roux y Salmon, relata los estudios hechos sobre profilaxia de la sífilis, en el mismo Congreso.

Como ni sueros ni vacunas han resultado fructíferos, estudió con Roux el valor profiláctico de las pomadas mercuriales, y de sus experimentos en los monos resulta que la mejor es la constituída por 25 á 33 por 100 de calomelanos y 75 á 67 de lanolina; pero como esta pomada es poco untuosa, la añade 10 por 100 de vaselina.

En los monos los resultados son favorables. Maisonneuve se ha librado de la sífilis en pos de una inoculación masiva de virus, gracias á haberse aplicado una hora después dicha pomada.

Parecía que este procedimiento entraría en la práctica corriente, pero ha sido objeto de enérgicas objeciones. Niesser, de Breslau, obtuvo resultados negativos, pero su pomada sólo contenía 10 por 100 de calomelanos, cantidad que es la misma que hay en las que expende el comercio.

A pesar de estos hechos, no puede ponerse en duda esta profilaxia fundada en experimentos; pero sí es de advertir que sólo tiene eficacia empleada en las primeras horas que siguen al contacto infectante. Y como alguna vez puede ser impotente, los autores han buscado un medio más activo.

Este medio parece ser el atoxil, empleado con provecho por Uhlenhuth en la sífilis de los animales y como preventivo en el hombre. En monos, una sola inyección de tres centígramos por kilogramo de animal, á los quince días de inoculado el virus, ha impedido la infección. Dada esta cantidad, á un hombre de 60 kilogramos, debiera inyectarse dos gramos; pero como dosis menores bastan para curar los accidentes sifilíticos declarados, es probable

que la profilaxia se logre con menor cantidad. Hallopeau, que tiene tanta experiencia sobre el tratamiento de la sífilis con el atoxil, recomienda 0'75 gramos, luego una segunda de 0'60 y después una tercera de 0'50 (1'85 gramos en total); no ha visto caso alguno de intolerancia ni de intoxicación.

Metchnikoff, hablando del modo de obrar de los calomelanos y del atoxil, cree que el virus sifilítico, durante su larga incubación, se adapta muy difícilmente al organismo y que los espirilos de Schaudinn necesitan tiempo largo antes de que existan en cantidad apreciable. Por esto es relativamente sencilla la profilaxia de la sífilis: lo difícil es convencer de ello al público.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 13 de Junio de 1908.

Peligros de las inyecciones de fosfato de creosota.—El Dr. *Fernández Sanz* (Corresponsal), interviene en el debate para exponer un caso de su experiencia personal. Se trata de un joven de diecisiete años, que se presentó en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa en diciembre de 1906; padecía tuberculosis pulmonar y había sido tratado por inyecciones de fosfato de creosota, sobreviniendo, en el mes de noviembre anterior, una parálisis de las cuatro extremidades, que desapareció de las superiores, pero persistió en las inferiores. Explorado, se observó parálisis flácida del pié y pierna en ambos lados, con abolición de los reflejos tendinosos y cutáneos, ligera atrofia muscular, más marcada en la región antero-extensa de ambas piernas, é integridad sensitiva; no fué posible explorar la reacción eléctrica, pues el paciente no volvió por la consulta.

Este caso es idéntico á los citados por el Dr. Mariani y el del Dr. Alonso Sañudo, y á los consignados en diversas publicaciones científicas.

Las parálisis por el fosfato son raras, dada la frecuencia con que se ha empleado esta substancia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y su patogenia es un misterio, sin que ninguna de las hipótesis ideadas para explicarla sea por completo conveniente.

Desde el punto de vista clínico, parece lo más verosímil atribuir los accidentes tóxicos al componente fosforado del producto, y no á la creosota, pues en la intoxicación por esta substancia y sus similares, como el guayacol, etc., no se observan fenómenos paralíticos ni amiotróficos; en cambio,

es muy notable la semejanza con los trastornos neuríticos consecutivos al envenenamiento por el fósforo y el arsénico. De las neuritis arsenicales se distinguen por la rareza y poca intensidad de los trastornos gastro-intestinales y, sobre todo, por la falta de alteraciones vasomotoras y tróficas de la piel, tan constantes, numerosas é importantes en la intoxicación por el arsénico. Henschen ha publicado algunos casos de envenenamiento por el fósforo, en los cuales sobrevinieron trastornos neuríticos, muy parecidos á los provocados por el fosfato de creosota, estando unas veces alterada la sensibilidad y permaneciendo otras íntegra.

Estos hechos clínicos revelan el innegable parentesco que existe entre las neuritis por arsénico, fósforo y fosfato de creosota. Wertheim Salomonsni, al publicar un caso debido á esta última droga y perteneciente á la epidemia de Haartem en 1905 (siete casos ocurridos en la clientela de un curandero que prescribía sistemáticamente el remedio en cuestión), señala la semejanza de estos fenómenos, con los que constituyera la *düngerneuritis*, observada en los individuos que abonan los campos con productos fosfatados.

No es posible confundir las neuritis por el fosfato de creosota con las tuberculosas; éstas ocurren en un período avanzado de la enfermedad, son semilatentes ó latentes del todo y tienen mayor interés anatomopatológico que clínico; más que de neuritis tuberculosas específicas deben calificarse de neuritis caquécticas, análogas á las que acaecen en el último período de las cirrosis hepáticas, de los procesos cancerosos, etc. Su patogenia, según Heiner, es compleja, pero esencialmente tóxica, interviniendo toxinas microbianas de múltiple origen y productos antitóxicos, unos procedentes del tejido pulmonar destruído y otros derivados del estado caquéctico.

Con esta lentitud de evolución y con este silencio sintomático de las neuritis tuberculosas, contrastan la aparición brusca, la aparatosa sintomatología y el rápido curso de las producidas por el fosfato de creosota.

El Dr. *Carracido* dice que la creosota es un producto industrial compuesto por varias especies químicas, cuyas respectivas proporciones son diferentes según la procedencia de la creosota. Hay en el comercio fosfatos de creosota cuyos índices de refracción difieren desde la segunda cifra decimal. Partiendo de los actuales conocimientos científicos, no es lógico atribuir la acción nociva, en los casos en que el fosfato de creosota lo produce, á ninguno de sus dos componentes. Los fosfatos de creosota que analizó contenían *cloro orgánico;* en proporción mayor el preparado francés llamado *Fosota*, que el alemán procedente de la casa Heyden. Dicho cloro debe proceder del oxicloruro de fósforo empleado en la preparación del fosfato, en vez del anhídrido fosfórico con que deben prepararse. El empleo de los compuestos clorados de fósforo puede determinar la separación del grupo metílico de los fenoles que lo contienen entre los varios componentes de la creosota, y producir metanos clorados de poderosa acción paralizante. Estos metanos clorados también pueden transformar en bases cuaternarias las toxinas de la tuberculosis, y todas las bases de dicho grado son paralizantes.

Peritonitis puerperal de naturaleza purulenta.—El Dr. *Gutiérrez* manifiesta que, después del tiempo transcurrido desde que había pedido la palabra

correspondiendo al requerimiento amistoso del Dr. Recasens cuando este Sr. Académico dió cuenta de un caso de peritonitis purulenta puerperal operado con éxito, había casi olvidado los detalles del mismo y hasta las ideas que con tal motivo se le ocurrieron; pero en vista de que en la orden del día figuraba el asunto del tratamiento de las peritonitis puerperales, expondría su opinión. Dice que, por fortuna, no había tenido en su clientela ningún caso de peritonitis puerperal durante treinta años de ejercicio, y que los cuatro únicos en que había intervenido lo había hecho como médico consultor. Recuerda los dos primeros, ocurridos durante la epidemia gripal que en 1890 diezmó la población de Madrid. En ambos vió á las puérperas en condiciones de que apenas les alcanzaran los auxilios espirituales, y por lo tanto, no hubo tratamiento posible para aquellas peritonitis difusas agudísimas. El tercer caso recayó en una señora que, después de un aborto de dos meses, sufrió una infección, tratada convenientemente por el doctor Botín, quien no pudo evitar, sin embargo, que ésta pasara á los anejos del lado izquierdo y de ellos al peritoneo, originando á los pocos días una peritonitis intensa que terminó por supuración, y de la cual triunfó la colpotomía practicada á las dos semanas de la infección, dando salida á una gran cantidad de pus y manteniendo el desagüe á través de la vagina durante algunos días.

El último caso en que el Dr. Gutiérrez ha intervenido es de fecha reciente.

Una señora joven da á luz su quinto hijo, el domingo hizo ocho días, habiendo llegado al parto con una fiebre que se juzgó de infección intestinal; á las cuarenta y ocho horas, primer escalofrío seguido de un ascenso térmico que llegó á 40°,5 y una gran frecuencia de pulso (120). A pesar de los lavados intrauterinos y de las inyecciones de suero antiestreptocócico empleados por el profesor de cabecera, persiste la fiebre con ligeras remisiones, la frecuencia del pulso y la diarrea, sin que se note timpanización. Después de un segundo escalofrío, que tuvo lugar el viernes por la noche, seguido de un ascenso térmico de 39,°5, vió en consulta á esta enferma el sábado por la mañana. La temperatura era de 39°,4, el pulso á 124, el vientre nada doloroso, flácido, la diarrea persiste; el útero, voluminoso y blando, con el conducto cervical tan entreabierto que permite la introducción del dedo en la cavidad uterina, cuya superficie interna, rugosa, mamelonada, indica que adheridos á la pared muscular hay restos deciduales que pueden ser asiento de los gérmenes infectantes. El examen microscópico y los cultivos de los productos que fluyen del útero, revelan la existencia de estreptococos en gran cantidad. Se practica aquella mañana una limpieza, lo más completa posible, de la cavidad uterina y se rellena ésta con gasa yodofórmica esterilizada al 10 por 100. En la mañana del domingo último, el termómetro marca 37°; el pulso está á 100; la confianza renace en la familia, por creer el caso conjurado. El Dr. Gutiérrez no vió la enferma ese día por hallarse fuera de Madrid. El lunes por la mañana es llamado de nuevo, porque la temperatura volvió á subir desde la tarde del domingo y, sobre todo, porque se había timpanizado el vientre de una manera exagerada, dificultando la respiración de la puérpera, que estaba disnéica, habiendo aumentado la frecuencia del pulso (136), que era pequeño y de-

presible. Al observar este cuadro y la facies de la enferma; al notar por la percusión la existencia de líquido en la cavidad abdominal, sobre todo en la región hipogástrica, y aunque el vientre estaba poco dolorido y sólo tenía la puérpera alguna náusea, el Dr. Gutiérrez creyó que se trataba de una peritonitis difusa aguda y expuso á la familia la inutilidad de todos los tratamientos médicos, á la vez que la gravedad, dado el estado de la enferma, del único medio que estaba indicado, es decir, de la laparotomía seguida de lavado y desagüe.

Conforme la familia en que se agotaran todos los recursos, procedió en la tarde del mismos lunes, y con ligera anestesia por el éter, á practicar rápidamente dos incisiones por encima del ligamento de Poupart de cada lado, seccionando con prudencia los tejidos hasta llegar al peritoneo, pues sospechaba que la distensión y adherencias de los intestinos hacían fácil, al abrir la serosa, una herida de los mismos. Seccionado el peritoneo, salió un chorro abundante de serosidad opalescente por la incisión del lado derecho y de verdadero pus por la del izquierdo, en donde los anejos y el útero tenían adherencias con las asas intestinales. Introducidos dos gruesos tubos de desagüe, se hizo un lavado abundante de toda la cavidad y del fondo de Douglas con doce litros de solución normal templada de cloruro de sodio. A pesar de todo, la puérpera siguió deprimiéndose y falleció á las cinco de la mañana del martes.

Desde luego puede afirmarse que la peritonitis puerperal no tiene más tratamiento que el quirúrgico. Hace más de veinticinco años lo indicó Lawson-Tait en vista del éxito obtenido en 20 casos y hoy todos los cirujanos están conformes en sostenerlo. Y no puede ser de otro modo, en vista de que el 85 por 100 de los casos tratados médicamente terminan por defunción; puede decirse que el 100 por 100, si se considera que los curados son de peritonitis limitadas, es decir, de verdadera pelviperitonitis. La peritonitis puerperal puede equipararse á las peritonitis llamadas quirúrgicas: los mismos gérmenes son los causantes de una y de otras (el estreptococo, el estafilococo piógeno áureo y albo, el colibacilo); las lesiones anatómicas son idénticas; las condiciones en que el organismo se encuentra al ser atacado, muy parecidas. Por lo tanto, si las segundas no tienen más tratamiento que el quirúrgico, las puerperales deben ser tributarias del mismo indicado. Todos los ginecólogos, en la actualidad, acatan el principio de que en la peritonitis puerperal se debe intervenir quirúrgicamente tan pronto como se diagnostique, pero precisamente las estadísticas demuestran que no siempre es fácil decidir el momento preciso de la indicación, pues en los casos desgraciados, á pesar de intervenir durante los primeros días de la evolución de la peritonitis, se dice que se ha llegado tarde. En el relatado, se hizo el diagnóstico el lunes, á las pocas horas de iniciarse las náuseas, la timpanación y la discordancia entre la temperatura (38°,4) y el pulso (136); se intervino el mismo día y, á pesar de ello y de resultar confirmado el diagnóstico, no se pudo evitar la muerte. Si se atendiera sólo á la frecuencia y estado del pulso para diagnosticar la peritonitis y á su desarmonía con la temperatura, se caería en el error, porque esto sucede con toda infección intensa, habiendo alguna en que la infección general es tan considerable que el pulso llega á cifra in-

contable y sólo sube el termómetro durante el período agónico. Por eso, y aunque la frecuencia exagerada y depresión del pulso sea el indicador general de la infección peritoneal, es preciso que el diagnóstico sea corroborado por la facies de la puérpera, por el timpanismo ó paresia intestinal y el estado nauseoso.

Y juzgando por comparación con las peritonitis postlaparatómicas, es necesario admitir en las peritonitis puerperales varias formas: una difusa agudísima, contra la cual somos impotentes. Por su parte, el Dr. Gutiérrez dice que no ha podido salvar ninguna operada, aun reabriendo el vientre muy pronto. Otra forma de peritonitis difusa aguda en que puede llegarse á tiempo de detener sus progresos operando pronto. La tercera forma, de focos múltiples purulentos, en que la intervención, aunque tardía, es de resultado; y por último, la peritonitis puerperal limitada, verdadera pelviperitonitis purulenta, de curso más lento y en que ha precedido la supuración ó inflamación de los anejos, que muchas veces se cura con sólo la colpotomía, como en el caso del Dr. Botin, á que se ha hecho referencia.

Concluye diciendo el Dr. Gutiérrez que, si bien las estadísticas del tratamiento quirúrgico de la peritonitis puerperal purulenta no son muy brillantes por sus resultados hasta la fecha, hay que confesar que sólo se salvan las enfermas en quienes se ha recurrido á los medios quirúrgicos con ó sin lavado consecutivo, pero estableciendo el desagüe conveniente.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 18 de Mayo de 1908 (1).

Un caso de hematomielia anterior. — El Dr. *Gayarre* presentó un enfermo de treinta y cinco años de edad, cuya historia clínica es la siguiente:

Hace más de diez meses cayó de un terraplén estando trabajando en una mina; perdió el conocimiento durante seis horas, quedando cuadriplégico, con trastornos en la vejiga y el recto. A los cuarenta días desaparecieron estos trastornos y recobró los movimientos de las piernas, pero los brazos siguieron paralizados.

Estado actual. — Mayo 1908: Parálisis completa de las extremidades torácicas con atrofia del brazo, antebrazo y mano. Manos de mono y en garra, con atrofia de la eminencia tenar: imposibilidad de efectuar movimientos con ninguna de las dos manos. No hay trastorno de sensibilidad alguno: ni siringomiélico, ni de ninguna especie; ningún dolor. Tiene contracciones fibrilares de la eminencia tenar y existen los reflejos olecranianos y periósticos. Paraparesia espasmódica con exaltación de los reflejos tendinosos y clonus verdadero del pié; Babinski y Kust Mendel muy manifiestos; pero ningún trastorno sensitivo en las piernas. No existe alteración aparente de la columna vertebral. Tiene miosis bilateral pronunciada, pero conservándose el reflejo pupilar á la luz.

Trátase en este caso de una hematomielia traumática. Pero merece

(1) El 11 no hubo sesión á causa de celebrarse el Congreso Español de Cirugía.

notarse la falta de síntomas sensitivos, ya que la hematomielia suele afectar á las astas posteriores; además, á la larga, determina en muchos casos gliosis secundaria, con sus síntomas correspondientes. Parece, pues, seguro que, en este caso, la hemorragia se localizó en las astas anteriores y que, por tanto, sólo hay hematomielia anterior.

El síndrome existente es el mismo de una esclerosis lateral amiotrófica, sin síntomas bulbares, pues hay parálisis atrófica de brazos, con conservación de reflejos y temblor fibrilar, paraparesia espasmódica sin trastornos vésico-rectales ni sensitivos. Pero el modo de producirse la lesión obliga á pensar en la hematomielia.

Como la hemorragia se produjo en los segmentos 7.° y 8.° cervicales y dorsal 1.°, hay parálisis del simpático cervical, revelado en la miosis doble persistente y pronunciada, aunque no sean muy manifiestas la enoftalmía ni la estrechez de la hendidura palpebral.

No hizo punción lumbar por haber transcurrido mucho tiempo del traumatismo cuando le vió.

Cuatro casos de cirugía de vías biliares. — El Dr. *Goyanes* refirió sus últimas intervenciones operatorias en el aparato biliar.

Tres fueron hechas por litiasis biliar, habiendo practicado respectivamente una colecistotomía, una colecistostomía y cisticotomía y una coledocotomía con desagüe del hepático. La última fué una colecisto-entero-anastomosis por carcinoma de la cabeza del páncreas.

En el primer caso, de litiasis biliar, halló una vejiga de paredes gruesas é infiltradas, enormemente dilatada y de aspecto muy sospechoso de epitelioma, tanto, que creyó había errado el diagnóstico, pero se decidió á abrirla y halló, con sorpresa, 210 cálculos de todos tamaños. ¿Es que la presencia de los cálculos tuvo alguna influencia sobre la producción de la hipergénesis de la mucosa vesical? Una vez extraídos aquéllos suturó la vejiga al plano sero-aponeurótico, confeccionando una fístula biliar: la colecistotomía ideal ya no se practica por ser de funestos resultados. Por esto hizo colecistostomía, notando que, aun extraídos todos los cálculos, no salía bilis por la fístula. La enferma curó de la intervención.

El segundo caso, enferma de hígado abultado y riñón desplazado, había tenido últimamente un doloroso cólico. En la operación se apreció que la vejiga estaba dilatada, encerrando unos 50 cent. cúb. de líquido mucinoso claro, que se extrajo por aspiración; abierta la vejiga se halló un cálculo libre, no muy grande, y otro mayor obstruyendo el conducto cístico, el cual tenía caracteres de haber sufrido una inflamación, lo mismo que la vesícula, colecistitis que era lo que se había traducido por cólico hepático indudablemente. Esta enferma es en la que practicó cistostomía y cisticotomía, suturando el cístico y taponando la vejiga, curándose la paciente.

El tercer caso, también mujer, que por cierto murió á los pocos días de operada de infección peritoneal, tenía una obstrucción crónica del colédoco, con ictericia, decoloración de heces y fiebre. La obstrucción aguda no es indicación de operación, pero sí la crónica. Hizo colodecotomía, hallando un grueso cálculo, que se desmoronó al cogerlo; abrió á seguida la vejiga, no hallando más cálculos. Sin cerrar el colédoco ni la vejiga, suturó ésta al plano sero-aponeurótico, introduciendo un tubo de goma de desagüe en el

colédoco, en dirección al conducto hepático, y haciendo el taponamiento á lo Kehr.

En el cuarto y último caso existía una dilatación enorme de la vejiga, estando aumentada inferiormente la zona de macicez hepática, por lo que creyó en la existencia de un quiste hidatídico subhepático que comprimía el colédoco. Al abrir el vientre halló un enorme tumor escirroso nacido en la cabeza del páncreas, propagado á los órganos vecinos y abrazando el colédoco, cuya cavidad ó luz estaba ocluída. Hizo una anastomosis entre la vejiga de la bilis y el duodeno con la misma técnica que se hace la gastroenterostomía. La enferma curó de la intervención.

Dos casos de paquidermia laríngea. — El Dr. G. Tapia: Desde el año 1903 ha tenido ocasión de observar tres casos de la forma plana de paquidermia laríngea. Uno de ellos desapareció de su consulta antes de ser operado, y por lo tanto, la historia queda incompleta y sin valor apenas, por faltarle el examen anatomopatológico. El otro caso es interesante y recuerda en todo á los casos descritos por Rosemberg, de Berlín. La paquidermia laríngea, comprendida tal y como Virchof la describió en su trabajo clásico, difiere bastante de la manera como se estudia hoy: nosotros mismos, dice Tapia, hace cinco años y medio, vimos dos casos sumamente raros, que por no encajar en la forma clásica y no conocer descripción semejante á ellos, los estudiábamos como una forma benigna de epitelioma, algo parecida al colesteatoma de Müller. La forma clínica consistía en unas tumoraciones planas, blancas como la nieve, duras y granugientas, situadas en la cara superior de una ó de las dos cuerdas vocales: hacía el efecto que si en una superficie plana hubieran quedado pegados uniformemente y sin amontonarse multitud de granulitos dosimétricos blancos. Las cuerdas no estaban inmovilizadas, ni siquiera perezosas: el mal era benigno, pero su extirpación solía seguirse de recidiva.

El carácter anatomopatológico de esta lesión consistía en que las papilas proliferaban hacia afuera acompañándose del epitelio plano estratificado, en el cual se veía una gran tendencia á la keratinización, hasta tal punto, que á la segunda ó tercera capa las células se aplanaban enormemente, perdían su vitalidad y la keratinización se completaba de la cuarta ó quinta fila en adelante. El espesor de esta capa de keratina daba el aspecto de blanco de nieve, porque siendo opaca no dejaba transparentar el color de la vascularización de debajo y porque ella misma es blanca: la dureza era explicable por la consistencia misma de la keratina y la superficie granugienta se comprendía bien por las prominencias de las papilas y de los globos epidérmicos (globos por retención, no específicos del epitelioma).

Esta forma fué inscrita por Rosemberg, en la paquidermia laríngea, en el XIII Congreso Internacional; en esta ocasión presentó varias láminas de casos por él observados y que correspondían exactamente, como pudieron ver los congresistas, á otras que Tapia había hecho de los casos por él vistos y citados más arriba. Rosemberg lo cita así en su reciente trabajo de conjunto sobre la paquidermia.

Describe el caso referente á un enfermo recomendado á él por el Dr. Sañudo, que asemeja en un todo á la decripción anterior y muestra preparaciones histológicas demostrativas. — J. Iruerte.

II CONGRESO ESPAÑOL DE CIRUGÍA

Celebrado en Madrid del 11 al 16 de Mayo de 1908.

(Continuación)

Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de las laberintitis. — El Dr. A. G. Tapia (*Conclusiones*): 1.ª Hemos podido comprobar la existencia clara de la paralaberintitis, afección descrita por V. Stein y que consiste en que el proceso inflamatorio radica en las vecindades de la cápsula ósea. Muchos casos de laberintismo podrían sin duda ser incluídos entre las paralaberintitis.

2.ª En uno de nuestros enfermos (caso tercero), diagnosticado de paralaberintitis, existían ligeros síntomas de incoordinación, contrariando en esto la opinión de V. Stein, que niega su existencia en estos casos.

3.ª El caso cuarto parece probar que existe la laberintitis circunscrita admitida por algunos autores (Hinsberg), puesto que la audición se conservó, no obstante haber sido abierto el canal semicircular externo.

4.ª Los fenómenos motores observados en el caso primero, demuestran la indiscutible influencia que sobre ellos ejerce el laberinto; fenómenos que no pueden subordinarse exclusivamente á un trastorno de la función del equilibrio (acción tónica sobre el sistema muscular, Ewal).

5.ª El nistagmus, así espontáneo como provocado, es menos frecuente de lo que se cree, y es indicio de excitación laberíntica, pero su falta no indica en absoluto ausencia de irritación laberíntica.

6.ª La falta ó destrucción de un laberinto se halla perfectamente compensada si el congénere funciona normalmente.

7.ª Las piolaberintitis pueden confundirse con los abscesos cerebelosos. Para hacer el diagnóstico es preciso hacer detenida investigación funcional antes de la intervención radical y recurrir al examen de la pared interna de la caja en el momento operatorio.

8.ª En la práctica corriente nos limitamos á investigar determinadas pruebas de las recomendadas por V. Stein que, si bien no son inconcusas, pueden encaminarnos al diagnóstico; la realización de todas las pruebas de dicho autor no es hacedera, pues requiere más de tres horas y exige aparatos muy costosos, cuyos resultados son por otra parte muy poco estimables.

9.ª Durante la intervención hay que inspeccionar la pared laberíntica de la caja, ver el estado de las ventanas oval y redonda y si falta el estribo, en cuyo caso puede sondarse impunemente la ventana (la irrupción de pus por ésta indica claramente la falta de aquél). Los canales semicirculares muestran á veces fístulas; pero es muy problemático saber si la destrucción se limita á la pared ósea (perilaberintitis) ó si el laberinto membranoso está atacado (endolaberintitis).

10. En las laberintitis circunscritas, la fístula del canal horizontal puede curar con la otorrea sin necesidad de abrir el laberinto (Hinsberg); sin embargo, parece más prudente y radical ensanchar la abertura para evitar complicaciones endocraneales.

11. Respecto al procedimiento que debe emplearse, nosotros damos la preferencia al de Botey y al de Hinsberg, siendo inmejorable el de Jansen en los casos de panlaberintitis.

Valor terapéutico de la incisión amplia del periostio en el tratamiento de las osteitis condensantes de los huesos largos y en especial de la tibia. — El doctor V. Sagarra (de Valladolid): En las osteitis crónicas condensantes de los huesos largos, como la tibia, llamadas también con el significativo nombre de neurálgicas, el tratamiento único á que debe apelarse es la incisión amplia del periostio seguida de la sutura de la piel. La trepanación y la excavación son innecesarias y aun perjudiciales por su menor eficacia y por el exceso de traumatismo que exigen y por la prolongación que inducen en el proceso reparador. En el caso de un error de diagnóstico, y ser por tanto insuficiente la incisión, ésta siempre aliviará, y por tanto permitirá una espera en mejores condiciones.

Mi estadística y experiencia personal de los fibromiomas uterinos. — El doctor Cospedal: Mi estadística se compone de 173 histerectomías abdominales por fibromioma uterino con 4 por 100 de mortalidad. El diagnóstico de estos tumores apenas se presta á confusión; es fácil y seguro. Abandonados á sí mismos ó á tratamientos ilusorios, crecen progresivamente y determinan compresiones viscerales graves, anemia y degeneraciones del miocardio. La atrofia de estos tumores en la edad crítica es una eventualidad favorable muy rara, con la cual no debe contarse para la curación espontánea. Es más frecuente la transformación maligna de los mismos. El tratamiento racional y preferible de los fibromiomas uterinos es la histerectomía subtotal abdominal por el método americano. La miomectomía es mala operación.

La indicación de operar nace del volumen de los tumores, que origina compresiones graves, y de las hemorragias que engendran anemia profunda y degeneración del miocardio. La contraindicación se funda en el grado extremo de extenuación de las enfermas, en la coexistencia de estados generales graves y de lesiones renales y cardiopulmonares verdaderas, no aparentes. La proximidad de la menopausia aconseja el aplazamiento de la operación, si el tumor es bien tolerado por la enferma.

Sobre el origen folicular de los quistes papilomatosos del ovario.—El doctor Recasens (*Conclusiones*): 1.ª El epitelio de los folículos de Graaf da lugar á proliferaciones papilares ramificadas iguales á las que presentan los quistes prolígeros papilomatosos del ovario.

2.ª Las papilas que se forman en las vesículas ováricas tienen el carácter de neoplasias epiteliales, siendo la proliferación conjuntiva consecutiva á la del epitelio.

3.ª Los procesos flogísticos no microbianos del ovario ofrecen una relación etiología muy marcada con los procesos neoplásicos quísticos.

Tratamiento quirúrgico de la retrodesviación de la matriz. — El Dr. Cospedal: Los 72 casos operados por mí, por acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos y su fijación á la pared abdominal, sin un sólo fracaso, autorizan á seguir operando de igual modo, especialmente los casos de retroposición uterina con adherencias peritoneales.

En general, los beneficios de esta operación son rápidos y permanentes;

ella facilita la concepción y no influye sobre la marcha del embarazo y parto. Tampoco perturba la función de los órganos abdominales y pelvianos.

Menopausia operatoria.— El Dr. Lizcano (*Conclusiones*): 1.ª Las intervenciones radicales sobre el útero y anejos determinan algunas veces accidentes variados que se engloban bajo el nombre de menopausia artificial ú operatoria.

2.ª Los trastornos de la menopausia operatoria se atribuyen por muchos á la falta de los ovarios.

3.ª El síndrome de la menopausia operatoria es idéntico en su inconstancia y variedad al de la menopausia fisiológica.

4.ª Algunos autores, fundándose en la observación postoperatoria de sus casos clínicos, no conceden importancia á los desórdenes de la menopausia prematura.

5.ª En las operadas con ó sin conservación de los ovarios, no puede predecirse si sufrirán ó no las molestias de la menopausia.

6.ª De los numerosos síntomas atribuídos á la insuficiencia ovárica, sólo las oleadas de calor y los sudores profusos tienen valor diagnóstico.

7.ª Muchas veces los accidentes de la menopausia no dependen de la falta de los ovarios, sino de estados constitucionales (artritismo, neurosis).

8.ª Las operadas de castración anexial conservan algunas las reglas y casi todas se ven libres de los accidentes menopáusicos.

9.ª La observación clínica no ha resuelto todavía si procede conservar los ovarios ó extirparlos siempre.

10. No obstante, nada se pierde conservando un ovario, siempre que esté sano y la enferma sea joven, para librarla de la posible aparición de accidentes menopáusicos.

11. Aunque se extirpen ambos anejos, si el útero está sano, debe conservarse, porque evita muchas veces la menopausia prematura.

12. De nuestras ocho operadas de ablación bilateral de los anejos, siete no han experimentado los accidentes de la menopausia operatoria, y dos de éstas han seguido menstruando. Sólo una sufre cefalalgias frecuentes.

13. De las doce histerectomías por anexitis, sólo dos casos tienen síntomas menopáusicos.

14. De los seis casos de histerectomía por fibromas, uno tuvo ligeras molestias menopáusicas, que han desaparecido ya.

15. Los accidentes de la menopausia operatoria se han presentado en cuatro de nuestros 24 casos, ó sea un 16'6 por 100, todos ellos con una sintomatología exenta de gravedad.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Pénfigo del recién nacido. — En la *Revista Española de Dermatología y Sifiliografía* publica el Dr. Santos Rubiano el siguiente caso clínico, referente á una niña de aspecto y conformación normales, á la cual se hicieron succiones con sonda por traer mucosidades traqueales asfixiantes. Al poco tiempo de tomar una cucharada de miel mezclada con aceite de ricino, expulsó meconio normal. Una nodriza, sin reconocimiento médico, empezó á dar el pecho. La nodriza era una india primípara, pobre, de nutrición escasa, de vida irregular, sin tacha sifilítica, alimentada exclusivamente de pescado salado, á veces en principio de putrefacción, y arroz (alimentación ordinaria de los indios pobres en Filipinas).

A las treinta y seis horas de empezada la lactancia fué acometida la nodriza de un acceso ordinario de fiebre interminente, que al mismo tiempo sufrió la madre, desapareciendo ambos por sí solos y no volviendo á aparecer á cuenta del tratamiento empleado (quinina, mixtura de Baccelli, obscuridad, preservación del fresco viento de la estación). Suspendida la lactancia, en cuanto apareció el escalofrío en la nodriza, se sustituyó ésta por otra mercenaria detenidamente reconocida.

Medio día antes de empezar su cometido la segunda mujer, aparecieron sobre la piel de la recién nacida, diseminadas por todas las regiones, menos en las manos y piés, manchas rojas eritematosas, redondeadas, como media peseta, atribuídas por la familia á involuntarias quemaduras producidas por la nodriza, que fumaba. Las manchas, en número de 22, fueron apareciendo en tres días consecutivos y evolucionando al estado de ampolla que, al altipresionarse por un líquido opalino y claro, se rompía y vaciaba, dejando un fondo rosáceo cubierto por la cutícula dérmica. El estado general sólo se alteró en unas cuantas décimas de la temperatura. La caída del cordón evolucionó normalmente.

A las cuarenta y ocho horas de dar el pecho la segunda nodriza, sintióse acometida de fuerte cefalalgia frontal y fiebre á 39°,5 sin escalofrío notable, apareciéndole al poco tiempo un erupción de pápulas rojo-obscuras, algo elevadas, del tamaño de un céntimo, sobre la piel de la mama izquierda (con mayor frecuencia trabajada), erupción que á las doce horas apareció también sobre la otra mama y mitad superior del dorso. Esta erupción duró mes y medio, y el estado general tres días. Al principio se la prescribió un purgante y antipirina-quinina; y desaparecido el estado general febril, que duró tres días, se le dió el jarabe de Gibert; siguió lactando la niña sin trastorno alguno; la nodriza, al mes y medio, conservaba aún sus manchas difuminadas, que iban descamándose.

En el mismo tiempo, en dos hermanitos del historiado, de tres y cuatro años respectivamente, apareció una erupción irregular de vesículo-pústulas en la piel del labio superior y reborde interno de las alas de la nariz, en el niño mayor; y otra erupción de igual índole en la barbilla, en el cuello y algunas vesículo-pústulas aisladas en los carrillos y mucosa labial, am-

bas tomando en poco tiempo el color y consistencia de costra verdosa cobriza, la cuál al caerse dejaba un fondo rosáceo que se disipó en un mes.

La niñera del segundo niño tuvo á la semana de éstos una erupción igual vesículo-pustulosa, después de verde costrosa que, al descamarse, dejó sobre la región afecta (mentón) una coloración rojo-obscura persistente cuatro meses. A los tres pequeños se les dió una pequeña cantidad (de efecto débilmente metabólico) de bicloruro de mercurio.

Como diagnóstico de la afección cutánea del recién nacido, no era difícil de contentarse con una frase técnica tan vacía como la de *pénfigo*. Pero el caso requería, más que otros, averiguar la concatenación del proceso que le dió lugar. La idea de la naturaleza sifilítica es muy corriente en los libros, pero ni por la disposición de las ampollas y regiones que ocupaban ni por los antecedentes paternos, había modo de encasillar el caso en la sífilis; tampoco había nada de lo que entendemos por caquexia.

La nodriza de este caso era ictiófaga exclusiva, pobre, mal nutrida, con un coeficiente de nutrición muy inferior relativamente al de la madre de la enfermita. Suponía transmitidos por la leche de la nodriza, ictiófaga y mal nutrida, principios tóxicos de pescados salados, de efectos morbíficos, si no muy precisados, bastante conocidos para dejar de pensar en su acción.

En este caso fué indudable contagio del recién nacido á la segunda nodriza, de una erupción de diferente forma anatomopatológica (esto no obstaba) de más gravedad, y por contera por vías de transmisión más obscuras aún que en su primera aparición, pues ni la boca del infante, ni los pezones de ambas nodrizas, presentaban exulceración alguna. (Pudiera haber existido en la mucosa respiratoria). A la transmisión por inoculación de las ampollas una á una oponíase, en primer lugar, la diferencia de la lesión dérmica, y después el haber aparecido la erupción de la nodriza súbitamente en la piel de la mama izquierda, siguiendo, al parecer, las vías linfáticas, y más tarde en la otra mama y en el dorso. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 2 de Junio de 1908.

Arterioesclerosis. Su patogenia y tratamiento. — El Dr. LANCEREAUX: La arterioesclerosis se considera como una enfermedad de la vejez. Es un error, porque la observación clínica, fundada en más de 1.000 casos, me ha demostrado que es una enfermedad del tercio medio de la vida, que no aparece después de los sesenta ó sesenta y cinco años, y que en esta edad

deja de desarrollarse, haciéndose, por lo tanto, menos peligrosa. Las personas que sucumben á una edad avanzada padecen arterioesclerosis desde bastantes años antes, y aunque puede decirse, con razón hasta cierto punto, que se tiene la edad de las arterias, esto no prueba que la arterioesclerosis sea una lesión de la vejez. Esta afección no se observa en el período de crecimiento, y las placas amarillentas que existen á veces en las arterias en esta época de la vida no son arterioesclerosas. A semejanza de lo que ocurre con otras afecciones que suelen ser concomitantes (angina granulosa, calvicie, várices, hemorroides, etc.), la arterioesclerosis suele desarrollarse á fines del período de crecimiento. La marcha de esta afección varía en las diferentes edades: es más rápida en los jóvenes que en los ancianos y suspende de ordinario su desarrollo hacia los sesenta años, hasta el punto que puede decirse como axioma que *la arterioesclerosis es tanto menos temible cuanta más edad tienen las personas á quienes ataca.*

Se ha dicho que la arterioesclerosis proviene del abuso prolongado de las bebidas alcohólicas. Es también un error, porque jamás he visto padecer esta enfermedad á ningún bebedor que fuera á la vez gotoso. La arterioesclerosis se ha dicho que es efecto del abuso prolongado del tabaco. Este, como se sabe, influye sobre la circulación capilar, pero esto no prueba que produzca la arterioesclerosis. Las pruebas invocadas en favor de esta etiología son, cuando menos, insuficientes, porque apoyarse en el hecho de que el tabaco eleva la tensión arterial exigiría la demostración de la génesis de la arterioesclerosis por la hipertensión, lo que no se ha hecho. Sin embargo, la arterioesclerosis, según ciertas estadísticas, es más común en el hombre que fuma que en la mujer que no fuma. La cosa es posible; pero hay muchos hombres y muchas mujeres que se hacen arterioescleroso aunque no hayan usado tabaco. Estudiando los antecedentes de estos enfermos y de sus ascendentes, se descubre que unos y otros pertenecen á la gran familia de los artríticos.

Lo que digo del tabaco, se aplica á otra supuesta causa de arterioesclerosis, la toxemia alimenticia. Concedo que el hombre se mata á veces, con mucha frecuencia, por excesos alimenticios, y sobre todo comiendo carne en exceso; pero no se ha probado que sucumba en estos casos á la arterioesclerosis. Como la arterioesclerosis no tiene causa material perfectamente determinada, se ha intentado últimamente conceder á las enfermedades infecciosas un papel importantísimo en la génesis de dicha enfermedad. Pero el que un individuo se haga arterioescleroso después de haber padecido sarampión, escarlatina, viruela, sífilis, etc., no permite afirmar que la causa de la arterioesclerosis sea efecto de una ú otra de estas enfermedades.

Fundándome en la observación clínica, menos sujeta á error que la experimentación en los animales, creo que la arterioesclerosis depende de dos grandes enfermedades, la gota y el saturnismo. Estas enfermedades, que tienen entre sí grandes analogías, se manifiestan por ataques articulares agudos, por un exceso de ácido úrico en la sangre, por depósitos uráticos en ciertos tejidos (en particular los fibrosos y cartilaginosos), y finalmente por trastornos tróficos diversos. La presencia de un exceso de ácido úrico en la sangre, en estas enfermedades, hace sospechar si este ácido será la

condición patógena, más ó menos directa, de la arterioesclerosis. Pero si fuera así sería preciso atribuirle á la vez la génesis de las condrosis, de los osteofitos, de las retracciones aponeuróticas y tendinosas, afecciones asociadas con tanta frecuencia á la arterioesclerosis, que es imposible separarlas. Estos trastornos, observados á veces á consecuencia de un traumatismo nervioso, pueden ser reproducidos experimentalmente por la irritación ó la sección de ciertos nervios, y como la esclerosis, dependen del sistema nervioso y no de la presencia de ácido úrico en la sangre. La arterioesclerosis, constituída por la multiplicación de los elementos de la túnica interna de las arterias, membrana que por la falta de vasos se asemeja á la estructura de los cartílagos diartrodiales, coexiste de ordinario con la alteración de estos cartílagos y con la de los tejidos fibrosos poco vasculares. De esta semejanza de estructura y de esta coexistencia es lógico deducir el mismo origen; y como el origen trófico de las lesiones cartilaginosas y fibrosas está demostrado por la observación clínica y por la experimentación, debe admitirse que lo mismo ocurre con la arterioesclerosis.

Creo posible invocar en apoyo de esta opinión los experimentos de Giovanni, quien después de haber sacrificado perros en los que seccionó los cordones del gran simpático por medio de un escalpelo especial introducido entre los espacios intercostales cerca del cuerpo de las vértebras, encontró al hacer la autopsia manchas amarillentas diseminadas por la superficie interna de la aorta descendente. Pero sabiendo cuán difícil y delicada es la interpretación de este género de investigaciones en los animales, me atengo ante todo á la observación clínica y me contento con recordar que Chantemesse ha referido en esta Academia el caso de un individuo, el que, á consecuencia de un traumatismo de los nervios del hombro, padeció esclerosis de las arterias del hombro lesionado, mientras que las del otro brazo se hallaban íntegras por completo. ¿No es un verdadero experimento practicado accidentalmente en el hombre que, con los argumentos ya indicados, prueba la influencia ejercida por el sistema nervioso sobre la patogenia de la arterioesclerosis, y confirma mi opinión referente al origen trófico de esta enfermedad?

La conclusión que desde el punto de vista terapéutico se saca de estos datos, es que la medicación que conviene en la arterioesclerosis generalizada no puede diferir de la que es útil en los trastornos tróficos de los cartílagos, de los tejidos fibrosos, de la piel y de otros órganos. La arterioesclerosis no se evita ó combate obrando sobre la tensión arterial, sino tratando ante todo el fenómeno inicial de esta afección, es decir, el trastorno nervioso de que depende. Las corrientes de alta frecuencia, de las que algunos médicos han pretendido hacer una especie de panacea de la arterioesclerosis, la trinitrina, los nitritos, medicamentos á los que se ha concedido gran importancia, influyen muy poco sobre esta afección, porque combaten un elemento completamente secundario: la hipertensión.

Dado el origen trófico de la arterioesclerosis, parece, *à priori*, que modificando el estado del sistema de los descendentes de artríticos, y por esto mismo predispuestos á esta afección, es posible retrasarla y hasta evitarla. Pero es dificilísimo probarlo, porque todos los gotosos, como todos los saturninos, no se hacen fatalmente arterioesclerosos.

El régimen puede ser un auxiliar de los agentes físicos. La alimentación azoada, considerada por algunos como susceptible de producir la arterioesclerosis, ha conducido á prescribir la dieta láctea vegetariana. Este régimen suele ser mal tolerado, y aunque no soy en absoluto enemigo de él, creo que debe preferirse el régimen mixto, con el que en muchos casos he conseguido reconstituir enfermos debilitados.

Un punto esencial en la terapéutica de la arterioesclerosis es combatirla desde su principio y no cuando las arterias engrosadas y prolongadas han perdido su elasticidad, porque entonces nada se consigue. Los agentes más eficaces para conseguir este efecto son, á mi juicio, el yoduro potásico y la yodotirina. El yoduro potásico se administra al fin de las comidas, en agua azucarada, á la dosis de 1 á 3 gramos en las veinticuatro horas, continuando su empleo durante meses y años, interrumpiendo su administración ocho días en cada mes. Durante este tiempo se prescribe un purgante drástico enérgico para favorecer la eliminación del yodo. Este medicamento no es peligroso teniendo cuidado de evitar los accidentes de yodismo, los únicos que he tenido que combatir. Las alteraciones renales que se atribuyen á la medicación no se producen, porque muchas mujeres con artritis secas deformantes y que desde hace más de diez meses tomaban 2 á 3 gramos diarios de esta sal, murieron de una enfermedad intercurrente, y al hacer la autopsia se encontraron los riñones en estado normal. La yodotirina, que Paulesco y yo hemos sido los primeros en emplear para combatir las artritis reumáticas crónicas y la arterioesclerosis, produce en estos casos resultados notables, porque la mayor parte de los enfermos, á los que se les administró á la dosis de 2 á 5 pastillas de á 25 centígramos en las veinticuatro horas, mejoraron bastante. Debemos, no obstante, confesar que es difícil obtener la curación definitiva, excepto cuando la arterioesclerosis es incipiente.

Es necesario, por consiguiente, diagnosticar esta afección lo antes posible, y para ello precisa tener en cuenta la edad en que suele desarrollarse, averiguar el estado del corazón y de la tensión arterial, la cantidad, la densidad y la composición química de la orina. Un corazón hipertrofiado con tensión arterial elevada, la poliuria nocturna con orina de densidad menor que la normal y poco abundante en elementos sólidos, son otros tantos signos que reunidos indican la existencia de la arterioesclerosis generalizada.

Los baños salados, las fricciones generales alcoholizadas, las duchas tibias, son otros tantos medios que por calmar el sistema nervioso y favorecer la eliminación de los residuos orgánicos favorecen la medicación interna. Es preciso, además, vigilar las funciones digestivas y renales, y en caso de deficiencia de los riñones, provocar por todos los medios posibles la diuresis abundante.

Finalmente, el práctico debe no olvidar que cuando no se cura la arterioesclerosis es preciso, un día y otro, luchar contra los trastornos graves que sobrevienen siempre: la insuficiencia funcional de los riñones ó uremia, la del corazón ó asistolia, y muchas veces contra la insuficiencia cerebral.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Mayo de 1908.

Tumores desarrollados en cápsulas suprarrenales aberrantes. — El doctor HARTMANN: Los tumores que tienen este origen son muy raros, y por lo tanto las dos observaciones siguientes no dejan de ser interesantes. Una nos ha sido comunicada por el Dr. Gaudier, de Lille, y se refiere á una niña de cuatro años, á quien se le había desarrollado un tumor abdominal unos meses antes; tenía el volumen de una naranja grande y había provocado hemorragias uterinas bastante abundantes. Por la laparotomía se descubrió un tumor sólido del ovario, cuyo corte, en apariencia, recordaba la estructura del ovario, pero al microscopio la estructura era idéntica á la de la cápsula suprarrenal. Lo mismo ocurrió con el tumor, cuya historia nos refirió hace algunos meses el Dr. Lecèsse; dicho tumor fué encontrado en el ligamento ancho izquierdo. Estos hechos demuestran que pueden desarrollarse tumores procedentes de restos de cápsulas suprarrenales á distancia de la región renal, sumándose á las neoplasias renales del mismo origen y de las cuales se han registrado algunos ejemplos.

Quiste hidatídico intermúsculomucoso del estómago. — El Dr. HARTMANN: Este caso se refiere á una mujer de sesenta y un años, observada por el Dr. Dujarrier. El primer síntoma que acusó fué un dolor en el hipocondrio izquierdo, y después, aunque el estado general era satisfactorio, se notó al desarrollo de un tumor redondeado, duro, poco doloroso y muy movible. El diagnóstico quedó indeciso; á la abertura del abdomen se vió que se trataba de un quiste hidatídico desarrollado entre las túnicas muscular y mucosa del estómago. Creemos que este es el primer ejemplo citado de un quiste nacido en las paredes del estómago.

El Dr. TUFFIER: Recuerdo á un enfermo con un tumor que tenía los signos de una neoplasia de la pequeña curvadura del estómago. Incindido el abdomen encontré un tumor duro situado entre las dos hojas del epiplón menor; le separé fácilmente de entre las ojas mencionadas y le extraje; era un quiste hidatídico.

Torsión intravaginal de un testículo ectopiado. — El Dr. ROUTIER: Esta observación, enviada por el Dr. Bruch, se refiere á un joven de dieciocho años que tuvo repentinamente un violento dolor en la ingle acompañado de tumefacción y de vómitos biliosos. Veinticuatro horas más tarde no había habido ni deposiciones ni expulsión de gases, lo cual hizo pensar en una estrangulación herniaria. Al examen del enfermo se observó la existencia de este tumor, que era duro y doloroso, y la falta del testículo correspondiente en las bolsas. La incisión de los tegumentos dió salida á un líquido negruzco y puso de manifiesto, no un saco herniario, sino el testículo y el epididimo, de coloración casi negra y con torsión del cordón; después de intentar en vano deshacer la torsión, el Dr. Bruch hizo la castración, cuyos resultados han sido excelentes. No abordaré la cuestión de la patogenia de estas torsiones, para cuya explicación se han emitido varias teorías; sólo añadiré que el esfacelo del testículo, que es la consecuencia

de aquéllas y que se ha observado un cierto número de veces, también se puede encontrar sin que exista torsión alguna.

El Dr. Kirmisson: Creo que estas torsiones son muy raras en los niños; por mi parte, nunca las he visto en menores de quince años y las creo en relación con el período de actividad de la glándula testicular.

El Dr. Maucolaire: He tenido ocasión de estudiar particularmente estas torsiones y he visto muchos enfermos con los síntomas de ellas sin que las padecieran.

El Dr. Broca: En realidad no pueden ser negadas en los niños; he observado un caso en un niño de cinco á seis años.

El Dr. Leguen: En tales casos la castración no debe erigirse en principio. Recuerdo á un niño de doce años que operé hará unos diez; en él pude fácilmente deshacer la torsión y fijé el testículo en el fondo de las bolsas; ulteriormente nada ha ocurrido, cuando menos durante algunos años; sin embargo, no deja de haber motivo para preguntarse si habría más tarde atrofia del testículo.

Inconvenientes y peligros de las operaciones simuladas en los alienados. — El Dr. Picqué: Si en ciertos enfermos no alienados, el simulacro de operaciones puede ser mirado como legítimo y presta servicios, ya no siempre resulta así en los individuos que tienen alteraciones mentales. Desde este punto de vista, unos son verdaderos alienados, otros hipocondríacos y otros histéricos. He tenido ocasión de observar algunas y ver las consecuencias operatorias. De un modo general puedo decir que las operaciones simuladas les son perjudiciales; algunas veces no resultan inconvenientes serios, pero otras veces sus alteraciones mentales se agravan y pueden llegar á ser desde el punto de vista social un verdadero peligro. Por todo ello creo que no se les debe practicar ninguna operación simulada.

El Dr. Guinard: En favor de esta opinión recordaré el hecho siguiente: Un enfermo de esta clase se imaginaba que tenía una lombriz solitaria y me pedía que le operara. Como que al mismo tiempo se encontraba en mi enfermería una mujer que tenía realmente uno de estos parásitos, fué convenido que se simularía una laparotomía en el primero y se le enseñaría la solitaria de la segunda. Esta última fué tratada y expulsó la lombriz, y al día siguiente practiqué una incisión superficial del abdomen, del apéndice xifoides al pubis en el alienado, herida que curó por primera intención. Durante algún tiempo se creyó curado, pero más tarde reaparecieron nuevas alteraciones cerebrales, y este pobre alienado iba contando á los colegas la operación que le había practicado, lo cual me valió que me escribiera muchas cartas, pidiéndome una explicación. Este enfermo continuó delirando y ha sucumbido.

El Dr. Quenu: Desearía saber si el Dr. Picqué, que se ha declarado adversario de las operaciones en los cerebrales, ha practicado una de esta clase hace poco tiempo.

El Dr. Picqué: Ya sé á qué enfermo alude nuestro colega. Si soy opuesto á las operaciones simuladas, creo, sin embargo, que se debe buscar el origen posible de los accidentes mentales y entonces, si hay indicación, operar. Así, el enfermo á que se refiere el Dr. Quenu, y que creía tener una culebra en el vientre, supuse que las alteraciones que sentía eran de-

bidas á la hiperclorhídria, y por esta razón le extirpé el píloro y estuvo curado durante siete meses.

El Dr. Quenu: Este enfermo está, en efecto, en mi enfermería y me decía esta mañana que su culebra, de la cual nunca se creyó libre, la tenía en la fosa ilíaca; su pilorectomía me parece que ha sido inútil. Por lo que se refiere á las operaciones simuladas, no creo que deben desecharse en absoluto. Una de mis enfermas, con retroversión, se ha declarado curada de dolores pelvianos violentos que, según ella, tenía después que se le aplicaron, en plena cloroformización, dos pinzas de Museux en el cuello uterino.

El Dr. Schwartz: También he obtenido una curación por sugestión en una mujer con paraplegia que databa de dos años, haciéndole una pequeña incisión en la región lumbar para extirparla un tumor supuesto que comprimía su médula.

El Dr. Stseilrau: Uno de mis homónimos de Limoges vino á verme un día, porque tenía el mismo nombre que él; tenía una hernia inguinal con ectopia testicular que le hacía sufrir, según él. Le propuse que entrara en el hospital, lo cual rehusó diciendo que él podía sufragar muy bien todos los gastos de la operación, puesto que poseía 250 francos. Por diferentes razones le operé gratuitamente en una casa de salud, practicándole la cura radical. Algunos meses después, me escribió diciéndome que no estaba curado y cada semana recibía una carta análoga suya. Más tarde, se le tuvo que encerrar en un asilo, donde ha sucumbido.

(*Bull. Med.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Mayo de 1908.

Dilatación idiopática del esófago.—El Dr. *Albu* presenta á un sujeto que tiene dilatación idiopática del esófago, con cardioespasmo muy considerable. Hace un año empezó á tratar la dilatación, y al principio mejoró el enfermo; pero habiéndose sustraído éste al tratamiento, resulta que dicha dilatación tiene ahora una cabida doble que por entonces. En este caso, la esofagoscopia no prestó ningún servicio, y en cambio con los rayos Röntgen, se vió que la dilatación tiene una longitud de 22 centímetros y una atitud de u nos cuatro dedos. Con la introducción de candelillas, cada vez más gruesas, se consiguió una dilatación paulatina del cardias; pero este resultado no se sostuvo, y tampoco se consiguió un resultado duradero con el aparato de Geissler, que consiste en un globo cónico de seda, que se desliza por encima de un vástago ó alma, y cuyo globo, colocado en la estrechez, se infla mediante la introducción de agua. El autor está ensayando la introducción de varillas de metal, cuya forma es análoga á la de los tubos laríngeos de O'Dyer.

El Dr. Senator dice haber obtenido buenos resultados en casos análogos con el empleo de tallos de laminaria.

Tratamiento quirúrgico de las fisuras del paladar.—El Dr. *C. Helbing* ha operado 38 casos, de los cuales se curaron 29, y sólo 8 necesitaron después

una nueva operación. Deben ser calificados de fracasos 3 de los resultados obtenidos. El autor es partidario de la operación precoz; de 10 niños de menos de un año, 8 se curaron sin segunda operación, y en cambio de los niños de pecho, no operados en los primeros meses de la vida, se murieron el 90 por 100. El autor insiste en que la operación precoz está exenta de peligros. Hace constar también que el tratamiento quirúrgico de la fisura del paladar, debe ser el procedimiento de elección, y que la protesis sólo debe figurar como un medio complementario para mejorar el resultado conseguido con la operación. Para dar á conocer los resultados obtenidos, presenta un gran número de niños, observándose en ellos grandísimas diferencias en lo que se refiere á la claridad de la pronunciación.

Ileo duodenal.—El Dr. *L. Landau* describe el cuadro de una oclusión completa y postoperatoria de las ramas inferior y horizontal del duodeno, tal como ha sido descrito también por otros autores. Son signos característicos: el meteorismo progresivo con gastrectasia enorme, el vómito abundante de líquido bilioso, sin mezcla de heces fecales y la postración de fuerzas rápidamente progresiva. El cuadro cambia como por encanto cuando el paciente se coloca en decúbito abdominal.

La oclusión se produce porque la masa principal de los intestinos desciende á la pelvis menor, y tira por la raíz del mesenterio. A causa de esto, dicha raíz y la arteria mesentérica superior que por ella desciende, se ponen tensas, y la arteria, obrando á manera de brida ó cordón, agarrota al duodeno. Con esto, cuanto más se distiende el estómago, tanto más se paraliza y dilata, acentuándose así más y más la tensión de la arteria mesentérica. Mediante la irritación de las fibras del vago y del simpático, se produce, relativamente pronto, una influencia nociva sobre el corazón.

La causa de que, en circunstancias normales, la arteria meseráica no estrangule al duodeno consiste, según el autor, en primer lugar, en que esta porción del intestino está fijada atrás, y en segundo lugar, en que nunca está completamente vacía. En cambio, con el tratamiento que precede á la operación y con la abstinencia consecutiva á esta última, el duodeno queda completamente vacío y compresible. Hay que recordar, además, la parálisis producida por la anestesia. Si en estas circunstancias es fijada por cualquiera motivo la masa del intestino delgado en la pelvis menor, se vienen á reunir todas las condiciones necesarias para que sobrevenga la oclusión del duodeno.

Las medidas profilácticas más oportunas para prevenir este íleo consisten en la evacuación no completa del duodeno antes de la operación y en que el paciente se levante pronto, cosa que puede hacer sin inconveniente del segundo al cuarto día de haber sido operado.

Tratamiento del íleo.—El Dr. *Braun* da cuenta de 69 casos de íleo observados en el Hospital Friedrichshain. Como resultado de la experiencia adquirida en dichos casos, se puede afirmar que los resultados no son malos cuando el tratamiento se inicia demasiado pronto y la operación no se aplaza hasta el momento en que ya se ha presentado la postración de fuerzas. Se debe procurar á toda costa establecer un diagnóstico exacto de la naturaleza y asiento de la oclusión para poderla vencer del modo más directo posible. En este sentido es muy útil el lavado del estómago para for-

marse idea del grado de la estancación, y también lo es la exploración por el recto y por la vagina. Gracias á estos medios se pudo establecer un diagnóstico exacto en las dos terceras partes de los casos próximamente antes de la operación y alguna vez durante la anestesia.

Cuando se duda de si existe ó no una oclusión intestinal, es necesario observar exactamente al enfermo y visitarle á menudo para no perder tiempo y poder intervenir tan pronto como se haya aclarado la situación. Es muy arriesgado el emplear mientras tanto la atropina ó la fisostigmina, y tampoco conviene apelar al opio ó á la morfina; es preferible limitarse al empleo de los enemas de disolución concentrada de sal común.

De los 69 casos se curaron 42 y fallecieron 27. Entre estos últimos se incluyen los casos de tumores inoperables. En 6 casos la oclusión se corrigió espontáneamente; en 33 se venció mediante la operación, y en 30 fué necesario limitarse á operaciones paliativas (enterostomía ó punción). En el íleo por adhesión ó por obturación, hay que ceñirse por de pronto á una enterostomía para proceder en otra sesión á resecar el intestino ó á establecer una enteroanastomosis. En estos casos es donde precisamente importa mucho no demorar demasiado la operación, puesto que operando á tiempo, antes de que el intestino esté muy distendido y paralizado, se puede en una sola sesión hacer desaparecer ó excluir definitivamente el obstáculo.

La punción á través de las paredes abdominales debe desecharse en absoluto; en cambio puede ser de utilidad la practicada por una herida ya existente, v. gr., después de una operación de peritiflitis. En la enterostomía conviene establecer una fístula de Witzel.

El Dr. *S. Rosenberg* objeta á L. Landau que el duodeno siempre está vacío en los animales sanos, no habiendo motivo alguno para pensar que en el hombre no habrá de suceder lo mismo. No cree aconsejable renunciar en el tratamiento del íleo á la atropina y á la fisostigmina, especialmente en la práctica rural. Hace poco tiempo ha obtenido buenos resultados con una combinación de ambos medicamentos en un caso.

El Dr. *M. Bonhardt* ha visto cuatro casos de oclusión intestinal arteriomesentérica, uno de ellos mortal. En tres se trataba de operaciones en la vejiga biliar; en uno de una nefropexia. Lavados gástricos practicados con regularidad y desde el primer momento, fueron suficientes para dominar todo el cuadro morboso. En estos casos lo primero es la paresia del estómago; éste se distiende, empuja los intestinos á la pelvis menor y de este modo se produce el estiramiento del mesenterio.

La estadística de Braun nos enseña cuán importante es en el íleo la operación precoz; precisamente por haber estado en condiciones de poder operar pronto, es por lo que ha tenido que practicar relativamente pocas resecciones y la causa también de los buenos resultados obtenidos. El orador proscribe igualmente la atropina y la fisostigmina en el íleo y ensalza en cambio la enterostomía.

El Dr. *Senator* duda de que la asociación de la fisostigmina y la atropina pueda prestar ningún servicio, puesto que mientras la una paraliza el movimiento peristáltico, la otra lo excita.

El Dr. *Albu* opina también que en el íleo duodenal lo primitivo es la di-

latación gástrica, y cree que esta dilatación es de origen tóxico (¿anestesia?).

El Dr. *Fuld* recuerda que la acción de la fisostigmina es periférica y que por lo tanto puede estar indicada después de la administración de la atropina.

El Dr. *L. Landau* dice que de lo observado en los animales no se puede inferir por analogía lo que habrá de suceder en el hombre, y que en éste, por su actitud vertical, concurren condiciones que no existen en los irracionales.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Reflejos depresores de la presión sanguínea de origen pleurítico.—Los doctores Capps y Lewis han practicado, para resolver este problema, varios experimentos, de los que sacan las conclusiones siguientes:

1.ª La aspiración de aceite de la cavidad pleurítica en los perros sanos, modifica poco ó nada la presión arterial.

2.ª La aspiración del exudado inflamatorio de la cavidad pleurítica en los perros que padecen pleuresía, suele producir un descenso notable de la presión sanguínea. Depende más del grado de traumatismo ó de la irritación de la pleura inflamada, que de la cantidad de derrame extraído ó de la fecha de la extracción.

3.ª La irritación de la pleura visceral de los perros sanos por agentes mecánicos, térmicos, electivos ó químicos, produce un efecto ligero ó nulo sobre la presión sanguínea.

4.ª El efecto de la irritación de la pleura parietal exige nuevas investigaciones. El descenso de la presión sanguínea y el trastorno respiratorio que se producen cuando se introduce un trócar á través de la pared torácica hasta la cavidad pleurítica, son debidos probablemente al traumatismo de la pleura parietal. El reflejo suele ser transitorio y se observa lo mismo en los animales sanos que en los que padecen pleuresía.

5.ª En los perros con pleuresía producida por la esencia de trementina ó por aceite contaminado con bacterias, la excitación de la pleura visceral inflamada produce resultados diversos. En unos casos no se modifica la presión sanguínea, en otros se produce un descenso considerable que puede ser fatal.

6.ª Estos reflejos afectan dos tipos que por regla general se presentan aisladamente, pero que pueden también combinarse: *a*) El tipo cardio-inhibitorio en el que los movimientos del corazón se hacen más lentos y los trazados del pulso forman líneas muy quebradas con grandes diferencias entre la presión sistólica y diastólica. Los movimientos respiratorios se hacen más lentos y hasta pueden paralizarse. Este tipo de reflejo, cuando existe solo, es rara vez mortal. *b*) El tipo vasomotor en el que los trazados del pulso indican el descenso rápido de la presión sanguínea, sin gran dife-

rencia en la presión sistólica y diastólica, y que muchas veces termina por la muerte. Los movimientos respiratorios son, por regla general, superficiales y muy rápidos. En los casos mortales, los vasos sanguíneos de las vísceras abdominales se hallan repletos de sangre á causa de la vasodilatación aguda. En el encéfalo no se descubren embolias ni hemorragias.

7.ª El reflejo cardio-inhibitorio es central, porque se previene ó suspende seccionando en el cuello los dos neumogástricos. La atropina á la dosis de un miligramo paraliza las fibras cardio-inhibitorias y evita el reflejo.

8.ª El reflejo vasomotor (dilatador), puede ser central ó periférico. Si es central, los impulsos aferentes llegan al bulbo por los simpáticos torácicos y la médula. Si son periféricos, el reflejo va desde las fibras pulmonares al plexo pulmonar, y desde aquí á los nervios simpáticos torácicos, y hacia abajo por los esplácnicos hasta el plexo celíaco y otros plexos del abdomen. Este reflejo es más directo que la forma central. La adrenalina es el antagonista fisiológico del reflejo vasodilatador y muchas veces salva la vida. En cambio la atropina, por su tendencia á dilatar los vasos cutáneos y á disminuir la presión arterial media, aumenta al parecer el reflejo. El empleo previo de la atropina modifica, al parecer, la acción de la adrenalina sobre la presión sanguínea, y por lo tanto, impide que ésta produzca su efecto benéfico.

9.ª Estos tipos de reflejos se observan también en el hombre durante las operaciones sobre la pleura inflamada. El tipo cardio-inhibitorio se manifiesta por pulso lento intermitente, con gran diferencia entre la presión sistólica y la diastólica; el pulso se debilita cada vez más, hasta que se hace imperceptible.

10. La inyección intravenosa de adrenalina está indicada cuando desciende la presión sanguínea y se presentan síntomas de colapso. La atropina es poco útil y hasta puede ser perjudicial.

11. Fácil es comprender la utilidad de los medios preventivos. El instrumento empleado en la toracentesis no debe irritar la pleura visceral más de lo absolutamente necesario. Es preferible, por lo tanto, el trócar á la aguja. El instrumento no debe penetrar más que á la profundidad precisa para obtener líquido. Durante el desagüe de un empiema debe tenerse gran cuidado para que no sobresalga mucho el tubo dentro de la cavidad. El roce de la superficie pleurítica es peligroso. Es importantísimo conocer la presión sanguínea al principio y durante todas las operaciones en la cavidad pleurítica, para prevenir el reflejo que origina su descenso peligroso.

(*American Journal of the Med. Sciences*).—F. Toledo.

Tratamiento de las diferentes formas de psoriasis. — Cree el Dr. L. Brocq, que en el psoriasis hay que contar poco con la acción de los remedios internos, tales como el arsénico, el yoduro potásico, el salicilato sódico, la yodotirina, etc., puesto que sus resultados son tan pronto muy ostensibles como nulos. Lo que parece ejercer una influencia favorable es un régimen preferentemente vegetal.

El tratamiento externo se tiene que ajustar al grado de las manifestaciones inflamatorias, á la extensión y distribución de las placas y á las condiciones sociales del paciente.

En los casos de erupciones inflamatorias recientes está indicado el empleo de pomadas muy suaves ó de la pasta de zinc é ictiol. Los focos más antiguos y poco numerosos se pueden cubrir con emplasto de brea ó de mercurio, ó bien, después de haberlos limpiado con alcohol y éter, barnizar con traumaticina mezclada con pirogalol ó con crisarobina.

En cambio, cuando el número de placas es muy considerable, el tratamiento externo tiene que ser general, porque sólo así se puede evitar la aparición de nuevos y repetidos brotes. Todas las noches se lava toda la superficie del cuerpo con agua y jabón, y después de secada, se la frota con la pomada que se hubiese elegido (de brea, ictiol, pirogalol, etc.), practicando al mismo tiempo el masaje de las partes enfermas. Después se envuelve el paciente en un traje de tricot y algodón, que se utiliza después en todas las demás sesiones, puesto que cuanto más se impregne de la pomada, tanto mejor servicio presta. A la mañana siguiente se quita con mucho cuidado toda la pomada y se la sustituye por otra no oliente, poniéndose el enfermo otro vestido de tricot para el día.

Para la cabeza, las mejores pomadas son las de mercurio (v. gr., con óxido amarillo), á las que conviene en muchos casos añadir aceite de enebro.

Aun después de haber desaparecido por completo las placas de psoriasis, conviene continuar con el tratamiento cinco ó seis semanas, á fin de evitar las recidivas é insistir en él de nuevo dos veces á la semana, por espacio de varios meses. — (*Progrès medicale*). — R. del Valle.

La tiosinamina en las neumonías fibrinosas sin tendencia á la resolución.—El Dr. Osti ha referido, en una de las últimas sesiones de la *Sociedad Lancisiana*, de Roma, dos casos notables de neumonía fibrinosa sin tendencia á la resolución, que curaron con las inyecciones hipodérmicas de tiosinamina. Tratábase de dos mujeres robustas, en las que se empleó la medicación: en una, á los veinticuatro días de enfermedad, y en otra, á los dieciocho. Las inyecciones se repetían cada dos días. En una enferma, el soplo bronquial desapareció después de la tercera inyección, principiando á disminuir la fiebre y la albuminuria después de la quinta, siendo completa la curación con ocho inyecciones. La otra curó con seis inyecciones, iniciándose la resolución desde la primera. Al discutirse las observaciones del Dr. Orsi, manifestó el Dr. Marchiafava que cuando el exudado neumónico fibrinoso no se resuelve, se organiza en tejido conjuntivo y que la tiosinamina consigue muchas veces sufra un proceso de resolución.

(*Gazzetta degli Ospedali*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PAPEL DE LA SUGESTION MOTRIZ

EN EL TRATAMIENTO DE LAS IMPOTENCIAS FUNCIONALES

POR

DON ANTONIO GOTA

Doctor en Medicina (Zaragoza).

A las parálisis, á las paresias, debidas á alteraciones anatómicas, podemos agregar todos aquellos estados puramente nerviosos en que no obedecen á la voluntad los músculos estriados del paciente. La *histeria* nos ofrece en todos sus grados los casos más típicos de impotencia motriz, especiales estados, cuyo mecanismo es muy obscuro á pesar de las teorías que tratan de explicarlo, merced á la intervención del movimiento de las neuronas. Esa parálisis motora sería determinada por las alternativas de aislamiento y contacto, es decir, de contracción y alargamiento de las expansiones de estos elementos. Lo único que se sabe de cierto á propósito de las parálisis histéricas, es la capital influencia de la sugestión, tanto para provocarlas como para combatirlas. En realidad no existe un medio de acción más eficaz, para determinar el movimiento en las parálisis referidas, como el mismo movimiento. Recordemos á este respecto la famosa experiencia del profesor Bernheim. A un sujeto normal é indemne, por lo tanto, de histerismo, le sujetamos ambas manos, le imprimimos después un movimiento rotatorio de una alrededor de la otra y en el instante preciso en que cesamos de producir el movimiento, se observa que el sujeto sigue ejecutando el mismo movimiento rotativo, sin mediar en el acto mandato alguno del Profesor. Esta curiosa observación, que podemos comprobar cuantas veces queramos, suele salir bien en una mitad de personas próximamente elegidas al azar, y no sólo nos demuestra ésta que

no hay necesidad de ser histérico para experimentar la influencia sugestiva por el movimiento, sino que nos pone en evidencia esa acción verdaderamente rápida de determinados movimientos pasivos para provocar la *vuelta* de los movimientos activos correspondientes.

Es necesario llamar al Profesor para todos aquellos individuos incapaces en absoluto de todo movimiento voluntario de un determinado grupo muscular que aquél con su pericia puede influir sobre las masas musculares que no funcionan. Que á un músculo capaz de levantar un peso de 10 gramos, se le obligue á elevar gradualmente 50, repitiendo con frecuencia el mismo esfuerzo, llegará después á elevar un kilogramo hasta recobrar su energía normal. Esto se halla de acuerdo con lo que ya sabemos acerca de los efectos del entrenamiento (1) — preparación, adiestramiento —, operación que directamente activa la nutrición, y de un modo indirecto, la fuerza, la energía del mismo músculo puesto en movimiento. Los resultados todavía imperceptibles de ese entrenamiento, no se deben esperar sino á partir del momento en que se ha establecido el funcionamiento motor, porque la función, como es sabido, es el principal elemento que contribuye á reparar el órgano. Un primer esfuerzo muscular, por insignificante que sea, necesariamente precederá á todo aumento de energía en el músculo que tratamos de restituir, porque el efecto siempre es consecutivo á la causa y no anterior á ella. Y este efecto es precisamente el primer esfuerzo que el músculo todavía inactivo tiene que ejecutar.

Diferentes medios existen para poder despertar la contractilidad de ese músculo; ora excitándole por procedimientos mecánicos, ó bien por la electricidad. Pero con alguna frecuencia se nos presentan enfermos en quienes dichos medios quedan sin el menor efecto; y sin embargo, el *movimiento comunicado*, análogo al de la citada experiencia del Dr. Bernheim, provoca cierta sugestión motriz, altamente beneficiosa para el enfermo.

Admítase ó deséchese la teoría susodicha de las neuronas, veamos lo que nos dice la práctica privada. En un sujeto, dueño de sí mismo, pero que no puede realizar ni aun á costa de los mayores esfuerzos de su voluntad el menor movimiento del brazo ó de la pierna, se le coloca en un aparato convenientemente dispuesto movido por una fuerza exterior, que comunique al miembro enfermo un movimiento

(1) Entrenamiento, galicismo de *entrainement*.

que éste considera imposible. Se observa después de una serie de movimientos pasivos, cierta manifestación más ó menos acentuada del esfuerzo voluntario, la cual viene á ayudar al mismo aparato y á contribuir á su movimiento. Esta ayuda en sí es muy pequeña, imperceptible si se quiere, cuya existencia se puede comprobar suspendiendo bruscamente la intervención de la fuerza que movía al aparato, y se ve al miembro, en ese mismo instante, continuar recorriendo el trayecto que le imprimía la pieza mecánica en que estaba fijo, y prolongar, con algo de más lentitud que el motor, el tiempo del movimiento comunicado. Es decir, con menos velocidad que la adquirida por el aparato.

De lo que se sigue, que tan escasa como sea la manifestación de una fuerza que parece perdida, nos permitirá augurar la próxima *vuelta* del movimiento, puesto que este pequeño esfuerzo involuntario, inconsciente, repitiéndose cada día, se hace mayor por el hecho mismo de su cuotidiana repetición; y bien pronto llegará á ser, no sólo el mero efecto fisiológico del ejercicio que de pasivo se ha tornado activo, sino un efecto psíquico, una verdadera autosugestión, consecuencia de la comprobación que hace el enfermo de sus progresos, y que sin inconveniente alguno podemos atribuir á la *confianza en sí mismo.*

No suele tenerse muy en cuenta en la génesis de las pseudoparálisis de origen histérico ó de semejante índole, un importante elemento, cual es la desconfianza del paciente en sus propias fuerzas, su falta de fe; y para devolvérsela, nada tiene tanta eficacia como la comprobación práctica, la demostración del hecho por sí mismo.

Al lado de la pérdida de la fe, de esa confianza que tan frecuentemente llega á ser el punto de partida de un especial estado de *creciente impotencia funcional*, hay otra causa también de orden psíquico que influye en la pérdida de su facultad motriz. Es ésta *el olvido del movimiento.* Comunmente sucede que un enfermo que conserva la aptitud, la energía suficiente para poder servirse de un miembro cualquiera, no sabe dirigirlo. Conviene, pues, hacer en tales circunstancias un nuevo *aprendizaje* en la coordinación del movimiento de su miembro parésico. Todos los médicos hemos podido apreciar este hecho en los convalecientes. Después de una larga estancia en el lecho, no saben éstos llevar, dirigir sus piernas, conducirlas en la dirección requerida para poder andar. En tal caso, el aprendizaje, el adiestramiento, si es que consiguen andar pronto, es generalmente rápido, porque en número escaso de días los movimientos recobran

su regularidad. Ahora bien, como la enfermedad de que ha curado el paciente influye poderosamente sobre sus órganos locomotores, sustrayéndolos durante más ó menos tiempo al influjo volitivo, la falta de la coordinación de los movimientos de sus miembros es más duradera. De igual modo resultan análogas dificultades experimentadas por el sujeto sano, normal, que realiza un ejercicio completamente nuevo para él, como sería el velocipedismo, los juegos de equilibrio, la natación, la equitación ó la misma escritura. El enfermo parece que *no sabe dirigir* sus miembros y hace intervenir otros músculos, cuya acción todavía entorpece más el movimiento en lugar de facilitarlo. Así el niño, por ejemplo, al empezar á escribir, mueve la cabeza, la lengua, el pié del mismo lado, y ejecuta una porción de movimientos no sólo raros ó extraños, sino completamente inútiles; y si á esta torpeza momentánea viene á unirse su impresionabilidad habitual, queda influído por una especie de *autosugestión de impotencia*, que paraliza al fin todo esfuerzo. Si el sujeto es de temperamento nervioso, se hace de cada vez más impotente para el movimiento y desconfía de sí mismo al apercibirse de que, á pesar de su mayor atención en el movimiento de su miembro, no puede en manera alguna llevarlo á efecto. Se produce un fenómeno análogo al que observamos en la tartamudez. Cuanto más deseoso está el tartamudo de expresarse con toda corrección, tanto más farfulla. Si se da cuenta de que es preferente objeto de la atención por parte de las personas que le rodean, la incoordinación de los movimientos de su lengua y labios es llevada al máximum, se emociona y hasta se le ve breves momentos permanecer con la boca abierta y atolondrado á mitad de frase. Lo propio sucede con ciertos paralíticos Conozco á un hombre de superior inteligencia, perfectamente dueño de sí mismo, que quedó hemiplégico á consecuencia de una hemorragia cerebral. Una vez recobrado el movimiento de sus piernas, subía la escalera de su casa siempre que se encontraba sólo ó le acompañaba su hermana, en quien tenía entera confianza; pero no podía subir un solo peldaño en cuanto una persona desconocida le observaba fijamente.

He aquí las causas de impotencia motora cuya designación pudiera parecer improcedente. No hay en lo que acabamos de reseñar la menor exageración, la ponderación más nimia en todos esos fenómenos á que estamos accidentalmente expuestos los sujetos sanos, y dueños, por tanto, de nuestros movimientos. Todo hombre impresionable ha podido quedar—merced á la influencia de diver-

sas causas morales—extinguido su sentido muscular, que deja á la fibra estriada inactiva, y permanece inmóvil, anonadado, hasta el más arrogante. Al pianista, por ejemplo, le sucede lo propio, cuyos dedos súbitamente se paralizan por la turbación que experimenta ante un distinguido auditorio, ó al que se bate á espada en un asalto público, que se deja vencer por su adversario, más hábil que él. La trivialidad de todas estas causas en los trastornos motores que mentamos, desorienta al especialista más experto. Ciertos efectos apreciados en determinados pacientes pueden ser de una gran transcendencia si van particularmente asociados á trastornos de un orden material ó á otros síntomas fisiológicos, que pueden entorpecer las facultades motoras del individuo y modificar su habitual manera de ser.

Así es como se encadenan los efectos y las causas, dando por resultado la abolición del movimiento. No olvidemos que la momentánea ausencia de éste en el sujeto basta de por sí y fuera por tanto de cualquiera otra causa orgánica ó fisiológica, para crear cierto grado de impotencia, dado el rápido decaimiento de los órganos privados de función. Una persona que no anda porque se le figura que no puede andar, porque se ha sugestionado tal idea, llegará con el tiempo á hacerse materialmente incapaz—si es que en ello no ha sabido poner el oportuno remedio — de mover sus piernas.

En todos los estados de impotencia motriz, ligados á una causa morbosa, entra por mucho un elemento de naturaleza psíquica que importa al clínico conocer. Existen muchos casos en que los motivos de la precipitada impotencia están claros, perfectamente deslindados, casos sencillos y al alcance de cualquiera; pero hay otros cuya complejidad pone á ruda prueba la penetración, la pericia del profesor más distinguido. Por eso vemos ciertos enfermos que van de médico á médico, de especialista en especialista, y en vano ensayan éstos las aguas minerales, la electroterapia, el masaje, los glicerofostatos, los baños de mar, la opoterapia, etc., etc., hasta caer al fin en manos de empíricos curanderos, de los que creen obtener beneficios no conseguidos con los más esclarecidos prácticos. Cuando alcanzan tales charlatanes con dichos enfermos un éxito completo, merced á la temeridad de sus tentivas ortopédicas, ó de semejante índole, y con quienes la ciencia ha fracasado, van publicando sus triunfos por todas partes para que sobre todo llegue á oídos del Profesor que los trataba y sepan de los mismos curanderos las ignorantes multitudes. Lo sucedido en estos casos no ha sido más que la

sugestión, ésta sola es la que ha hecho el milagro; sugestión que practicada inconscientemete por un hombre que parece que no duda de nada, porque todo lo sabe, hizo recuperar al paciente la autoridad, el dominio que había perdido sobre sus músculos.

No citamos aquí estos ejemplos como modelos de procedimientos que imitar en la terapéutica racional de la impotencia motriz. Conviene deducir de los mismos la transcendental importancia — todavía ignorada por muchos — de causas de un cierto orden psíquico, en los antedichos trastornos de la locomoción. Algunas funciones orgánicas no exigen la intervención á tal alto grado de las facultades psicofisiológicas en perfecto equilibrio, así como la integridad más completa de los órganos. Tengamos en cuenta que la coordinación de los movimientos es más bien una operación del espíritu que una función de los músculos.

En el estudio fisiopatológico de las impotencias que tratamos, conviene remontarse á los más altos peldaños de la jerarquía dinámica de los actos cerebrales, demasiado sutil si tratamos de indagar la causa de estos fenómenos patológicos y sacar las indicaciones terapéuticas convenientes. De este modo llegaremos á convencernos de la admirable solidaridad que une las complejas funciones de la locomoción con todas esas otras todavía más complicadas, y el encadenamiento de factores tan diversos como múltiples, uniéndose en condiciones, no bien determinadas, para provocar desde el trastorno más banal de la progresión, hasta la completa parálisis de los miembros.

El mecanismo en virtud del cual mejora el estado de impotencia motriz con la mecanoterapia, es sumamente complejo; y el modo de tratamiento del mismo es de suma simplicidad. Modo que no es más que aparente. Podemos reducir el tratamiento á esta fórmula: *provocar de una manera activa ó pasiva en el paciente, el movimiento ejecutado con dificultad por éste.*

Pero si recapacitamos sobre los efectos producidos por la práctica de fórmula tan simple, veremos que el sólo hecho de someter el brazo ó la pierna del sujeto á la acción de un aparato movilizador implica:

1.° Un resultado *mecánico* que poderosamente influye sobre los ligamentos y músculos, ablandándolos y poniéndolos flexibles, haciendo más lisas, por así decirlo, y lubrificando las superficies articulares y activando la circulación de los vasos sanguíneos y linfáticos.

2.° Un efecto *fisiológico* traducido por la mayor actividad nutritiva de los músculos y aumento, por tanto, de su energía funcional; por la excitación de los centros motores correspondientes del cerebro ó de la médula, donde el desenvolvimiento de las facultades excitomotoras aumenta la aptitud dinámica de los órganos de la locomoción y por la reabsorción y combustión del tejido grasoso que tiende á infiltrar las zonas largo tiempo inmovilizadas.

3.° Una acción *psicofisiológica*, como lo es la reeducación del sentido muscular y de las facultades que presiden la coordinación del movimiento.

Y 4.° Un efecto francamente *psíquico* que podemos llamar *reflejo de la sugestión motriz*, merced al cual la práctica de las facultades motoras presta al paciente la noción exacta de las energías latentes que posee y le induce además á ejecutarlas.

Tal es la diversidad de los elementos terapéuticos que en sí lleva el referido movimiento, del cual puede sacar el Profesor los beneficios terapéuticos que la mecanoterapia le presta.

Si nos atenemos á la observación empírica de los hechos y nos fijamos en las enseñanzas de la práctica para prescribir este medio terapéutico, la serie de indicaciones y la aplicación del tratamiento oportuno puede resumirse en esta otra sencilla fórmula: *cuantas veces un movimiento sea imposible, difícil ó incompleto, se colocará al enfermo sobre uno de esos aparatos que puedan adaptarse al miembro cuyo funcionalismo se hallare perturbado.* De este modo se obliga al mismo, cierto número de veces cada día, á determinados movimientos, hasta llegar á ejecutarlos con facilidad. Debemos aumentar poco á poco el grado de resistencia que haya que vencer, y así acrecentaremos los efectos del tratamiento, teniendo en cuenta todas las modificaciones que veamos en el paciente.

UN CASO DE GANGRENA TÍFICA DE LAS EXTREMIDADES ABDOMINALES

POR

D. SANTIAGO TORRES ALONSO

Médico titular de Villanueva del Campillo (Avila).

Por haber visto como el que voy á citar pocos ejemplos en la literatura médica, y por creer que tampoco son muy comunes estos casos en la clínica, someto hoy á la consideración de mis ilustrados compañeros éste, sin pretender decir nada nuevo, ni mucho menos enseñar nada á nadie, ya que mis merecimientos y títulos serán siempre menores que los que tenga el último que lea este modestísimo trabajo.

Se trataba de un enfermo de veinte años, que en el décimoquinto día de una fiebre tifoidea sintió un dolor vivo en el pié izquierdo y pantorrilla, ligero enfriamiento de los tegumentos y escasa sensibilidad. El médico de cabecera, sospechando fundadamente que estos síntomas fuesen los comienzos de una gangrena de origen tífico, dispuso la elevación del miembro, la aplicación del calor, los calmantes usuales y, en una palabra, todo cuanto aconseja la terapéutica en casos tales. Nada consiguió.

Al siguiente día, la piel se pone marmórea, aparecen placas violáceas, primero en la piel, después en la pantorrilla, y por último, en todo el muslo hasta el nivel de la articulación coxofemoral; coincidiendo con estos síntomas, el enfermo se queja de dolor en el pié de la otra pierna, y por fin hay parálisis del brazo izquierdo.

Al otro día somos llamados en consulta otro ilustrado compañero y yo, observando que no era apreciable al tacto el pulso de la arteria ilíaca externa en el anillo crural, que se hallaba convertida en un cordón indurado en todo su trayecto, así como su continuación, ó sea la femoral.

El miembro se encontraba ligeramente hinchado, esto por lo que se refiere á la pierna izquierda. En la derecha se aprecia al tacto el latido de las arterias ilíaca externa, femoral, poplítea y pedia, las manchas son más pequeñas, llegan al tercio medio del muslo y el dolor es casi nulo.

Coincidiendo con el diagnóstico hecho por el distinguido médico de cabecera, opinamos desde luego que se trataba de una *endoarte-*

ritis obliterante, producida indudablemente por las toxinas del bacilo de Eberth.

Ahora bien, si esto parecía claro por lo que se refiere al miembro del lado izquierdo, no sucedía igual con el derecho, una vez que los latidos de las arterias eran apreciables, que no existía el cordón indurado y que las manchas violáceas estaban poco extendidas y el dolor era insignificante. Estos detalles y el existir parálisis del brazo izquierdo, nos hizo suponer que se trataba de una gangrena de origen nervioso en dicho miembro.

El enfermo murió á los tres días, tomando las manchas un color negro, desprendiéndose la piel, apareciendo la epidermis levantada por flictemas rojizos y los músculos rojos y violáceos y semejándose á la pulpa esplénica. Mientras sucedía esto en la pierna izquierda, la derecha no sufría modificación alguna, hallándose en el mismo estado que el día que se iniciaron los síntomas de la gangrena.

Consideraciones: La gangrena no se presentó en la convalecencia, sino en el curso de la fiebre tifoidea, hecho no muy común, pero que puede suceder. La fiebre tuvo una marcha muy irregular. En los primeros días osciló entre 40'6 y 40, descendiendo rápidamente á 37'5 en el undécimo, volvió á subir á 40'6 en los dos siguientes, y en el décimotercero y décimocuarto—que fué cuando comenzó la gangrena—descendió á 37, con ligeras elevaciones térmicas de 38'5 á 38'9 por la noche. En los días sucesivos, hasta la muerte, el termómetro no pasó de 37, siendo la mínima 36.

La gangrena no comenzó á la vez por ambas extremidades, ni presentó los mismos síntomas, ni siguió igual curso en ambos miembros. Su marcha fué rápida, una vez que produjo la muerte en cinco días.

Es, pues, mi humilde opinión, que no se trataba de la gangrena simétrica de *Raynaud*, y que tampoco existía *endoarteritis*, aunque no fuese obliterante, en el miembro derecho, por la falta de cordón endurecido y por apreciarse el latido de las arterias.

Pensando así se me ocurre preguntar: ¿Puede y existe una gangrena por *endoarteritis obliterante*, á la vez que otra de origen nervioso? ¿El hecho de existir parálisis del brazo izquierdo, indudablemente por *neuritis periférica*, es suficiente para explicar una gangrena de origen trófico, aunque ya haya otra producida por *endoarteritis*, como sucedía en mi enfermo?

Estas dos preguntas me sugiere este caso. Para mí es indudable que se trataba de una gangrena de forma *mixta*, es decir, por *endo-*

arteritis y de origen nervioso, y claro está que las dos producidas por la infección del bacilo tífico.

Respecto al tratamiento, poco, mejor dicho, nada puede hacerse con probabilidades de éxito. La amputación me parece desechada, ya que la obliteración era de la arteria ilíaca externa. Además, y aun suponiendo que hubiese sido de la continuación de esta arteria y no por *endoarteritis*, ¿quién es el osado que en la práctica y en el curso de una fiebre tifoidea se atreve á amputar? Tampoco cabe otra intervención quirúrgica tratándose de una *endoarteritis*. En mi concepto creo se trataba de un caso desesperado y poco frecuente, repitiendo que sólo por esta razón le someto al claro juicio de los lectores de la REVISTA.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid

---

ACTAS DE LA CUARTA ASAMBLEA ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA HISPANO-AMERICANA.

La Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana ha publicado un tomo de 260 páginas, en el cual condensa los trabajos realizados por ella en su cuarta Asamblea anual, celebrada del 15 al 18 de mayo de 1907.

En dicho trabajo aparece, en primer lugar, el discurso leído en la sesión inaugural por el Dr. Sanz Blanco, Secretario de dicha Sociedad. En este discurso se detallan de una manera clara y precisa las principales comunicaciones hechas á la Asamblea en la reunión del año anterior.

En la primera sesión científica que celebró la Sociedad fueron leídas dos comunicaciones: una sobre unificación de la notación de la astigmia y otra sobre la profilaxis de la oftalmía purulenta de los recién nacidos, las cuales fueron discutidas con gran acierto por varios señores socios.

En la segunda sesión se leyeron varias comunicaciones: una sobre

las afecciones de la carúncula lagrimal y del pliegue semilunar; otra de exoftalmos pulsátil de la órbita derecha; otra sobre la curación espontánea de la catarata; otra sobre la maduración de la catarata; otra de sub-luxación de ambos cristalinos, y en fin, una sobre el ectropión.

La tercera sesión ocupó á la Asamblea una comunicación referente á los accidentes y complicaciones del cateterismo y las inyecciones lagrimales; otra sobre anestesia local en las operaciones de los párpados; otra relativa á las ilusiones de óptica en un astigmático después de la corrección; otra sobre el estudio comparativo de las escalas de optotipos, y en fin, otra sobre relación entre la agudeza visual y el diámetro de los elementos sensoriales de la retina.

La cuarta sesión se ocupó del tratamiento de la catarata por las inyecciones subconjuntivales de yoduro potásico; de la queratitis con hipopión, producida por el diplobacilo de Morax-Axenfeld; de una localización rara de este mismo bacillus; de la queratitis marginal primitiva; de la queratitis disciforme de Fusch; de un pseudotumor orbitario; de un caso de doble catarata polar anterior; de algunos problemas acerca de la operación de la catarata; del tratamiento de las cataratas por el yoduro potásico; del empleo de la alipina en la consulta oftalmológica; del procedimiento de Lagleize para la operación del entropión; de las inyecciones conjuntivales de argirol, y en fin, de la corrección práctica del astigmatismo.

Como puede verse por el número é importancia de los temas tratados por la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana, la cuarta Asamblea ha sido muy fructífera, no desmereciendo en nada sus trabajos de otras similares del extranjoro, lo cual revela que la oftalmología patria ha alcanzado un grado de esplendor y de progreso verdaderamente admirables.

Varios de los temas discutidos en la Asamblea que reseñamos han sido ya dados á conocer por nosotros en otros trabajos bibliográficos publicados en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas.

Felicitamos sinceramente á los ilustrados compañeros que forman la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, á su digno Presidente, Dr. Albitos y á su Secretario, Dr. Sanz Blanco, que han sabido ordenar y dar á la luz pública los trabajos llevados á cabo por aquella docta Asamblea durante el año próximo pasado.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 25 de Mayo de 1908 (1).

Autopsia de un caso de síndrome de Weber.—El Dr. VALLE Y ALDABALDE: El enfermo presentado á esta Academia el día 28 de marzo último, falleció el 6 de mayo á las diez de la noche, en un estado semicomatoso, sin haber presentado en todo este tiempo cefalalgia, náuseas, vómitos, ni fenómenos convulsivos.

En la autopsia se confirmó el diagnóstico casi por completo, puesto que el pedúnculo cerebral estaba interesado por una lesión de naturaleza tuberculosa. He dicho casi por completo por las razones siguientes: 1.° El pedúnculo estaba transformado casi en totalidad en una masa caseosa, siendo así que por la poca importancia de los fenómenos sensitivos se había supuesto que estarían incólumes sus pisos superiores. 2.° Además de la lesión del pedúnculo había otra de igual naturaleza y del tamaño de una avellana en el vermes del cerebelo, lo cual explica mejor que la hipótesis que habíamos enunciado, la vacilación y la marcha de tipo cerebeloso que presentó el enfermo, y 3.° Existía además una meningitis con algunas granulaciones tuberculosas muy pequeñas, poco mayores que lo necesario para ser visible á simple vista. Esta meningitis interesaba la convexidad, sobre todo en su parte anterior y la base principalmente en el espacio comprendido entre los pedúnculos y la protuberancia. Así se explica que aunque el motor ocular común derecho pareciera incólume á la vista, estaba sin duda algo afectado por el exudado que lo englobaba, explicándose de esta suerte los síntomas observados en el ojo correspondiente.

Por último, una vez más he de insistir en el hecho, no por bastante frecuente menos comprensible de cómo en este hombre, no obstante tratarse de una lesión cuyo principio y evolución sabemos que no son bruscos, refería que su mal se había desarrollado de pronto. Ni siquiera se encontró la menor señal de un foco hemorrágico en la lesión tuberculosa ni en otra parte que pudiese aclarar este comienzo casi repentino de que el enfermo nos dió cuenta al preguntarle repetidas veces acerca de este interesante extremo. La afasia ligera que á veces presentaba este enfermo se puede explicar por la meningitis de la convexidad, por más de que aparentemente no era más intensa en la circunvolución de Broca. La reducción del campo visual en ambos ojos y la menor potencia visual del izquierdo cabe interpretarlas igualmente como consecuencia de las exudaciones meníngeas de la base que englobaban también las cintas ópticas, el quiasma

(1) Ultima del actual curso.

y el origen de los nervios ópticos. Desgraciadamente, causas ajenas á mi voluntad me impidieron completar la autopsia, con el examen de las demás cavidades ó por lo menos de la torácica, con el objeto de averiguar la existencia, sumamente probable, por todo lo expuesto, de una tuberculosis pulmonar.

Nefrectomía por tubertulosis renal. Curación. — El Dr. *Cardenal* expuso la siguiente comunicación con motivo de dos casos de tuberculosis renal últimamente operados por él.

Caso A: Hombre de treinta y cinco años. Su padre y un hermano han muerto tísicos. Ha padecido blenorragia cuando tenía veinte años. No ha sufrido traumatismo alguno ni padecido del pecho.

Empezó su padecimiento actual por dolores en la región renal, continuos é irradiados, á veces, al testículo derecho, y una disuria considerable; el enfermo orinaba antes seis veces en veinticuatro horas y desde que empezó su enfermedad tenía necesidad de orinar cada media ó cuarto de hora.

Estado actual.—Micción frecuente, lo mismo de día que de noche, sin que influyan para nada ni la fatiga, sacudidas, decúbito prolongado, movimiento ni reposo; la micción se hace imperiosa siempre á los cinco ó diez minutos. Efectúase sin dificultad ni sacudidas; el chorro es uniforme, filiforme, de pequeño volumen y sale con poca fuerza; produce dolor al principio y al fin de la micción, localizado en el hipogastrio y periné é irradiado al meato. No padece de retención ni de incontinencia de orina. Sí tiene poliuria ligera, pues orina dos litros cumplidos en las veinticuatro horas.

La orina es turbia, de color amarillo rojizo, de olor amoniacal, reacción ligeramente alcalina y peso específico 1.016. Contiene albúmina en proporción de 1'5 por 100, fosfatos en exceso y vestigios de hemoglobina; no hay glucosa ni exceso de uratos. Al microscopio no ha podido ver un sólo bacilo de Koch, sí colibacilos, leucocitos, hematíes y células epiteliales, planas y cilíndricas, pero ningún cilindro.

Organos génito-urinarios: Vejiga sensible á la presión abdominal y muy sensible al contacto; de una capacidad de 80 cent. cúb. tan sólo, vaciable completamente en cada micción. Uretra normal y permeable. Vesículas seminales algo engrosadas. Normales los testículos, próstata, conductos deferentes y órganos genitales externos.

Riñones: Ligera matidez en el costado derecho, por debajo del hígado, en una zona extendida desde este órgano á un través de dedo por encima de la cresta ilíaca y desde la columna vertebral hasta tres centímetros por delante de la línea axilar anterior, en donde ya se percibe el colon. En la región dorso-renal derecha se percibe un tumor grande, del tamaño de dos naranjas juntas, blando, elástico, arriñonado, liso y movible; al comprimirle experimenta el sujeto dolor que se irradia á la vejiga y escroto.

Examen funcional.—Cistoscopia: Con dificultades y á favor de lavados repetidos, lógrase limpiar suficientemente la vejiga é introducir el cistoscopio con relativa facilidad. Mucosa congestionada, hemorrágica y con fuliginosidades; la región del trígono sumamente hiperhémica, incluso el

ureter del lado sano; alrededor del orificio ureteral derecho viéronse cuatro vesiculitas amarillentas, ulcerada una de ellas.

Cromocistoscopia	R. I.	positiva á los dieciséis minutos.
	R. D.	negativa.
Prueba con la floridzina ..	R. I.	acusa azúcar á los catorce minutos.
	R D.	á la hora y media.
Poliuria experimental....	R. I.	1.ª media hora, 30 c. c.; 2.ª, 120; 3.ª, 100.
	R. D.	» » » 5 » » 4 » 30.

Otros datos.—El riñón izquierdo — cateterizado su ureter — segregó una orina clara y transparente que contenía vestigios de albúmina, pero no elementos organizados. El riñón derecho, cateterizado también, dió una orina turbia y rica en leucocitos, hematíes, células cilíndricas y pavimentosas de naturaleza epitelial y en colibacilos; albúmina en cantidad de 1'5 por 100.

La crioscopia de la sangre, según Beckman, dió $\delta = 0'59$.

No tiene síntomas de la más mínima lesión pulmonar.

Caso B: Mujer soltera, de veintinueve años de edad. Su padre murió á los ochenta años de una afección laríngea, cáncer probablemente, un hermano ha muerto á los treinta años de tuberculosis pulmonar. No recuerda haber padecido enfermedad ni haber sufrido traumatismo alguno. Comenzó su enfermedad por micciones frecuentes, diurnas y nocturnas, siendo clara la orina; después las micciones fueron haciéndose dolorosas, sobre todo al final, y un día expulsó la orina sanguinolenta, quedando desde entonces turbia. Al mismo tiempo se quejaba de una molesta sensación de peso en la región renal derecha. Ha tenido simultáneamente con estos síntomas, dolores gástricos, gastrorragias y melena.

Estado actual.—Micción frecuente cada media hora, á veces cada cuarto de hora, que se hace imperiosa, lo mismo de día que de noche, que no se calma con el reposo ni con nada, si bien se exagera con el movimiento. La enferma orinaba, cuando sana, cuatro veces tan sólo en las veinticuatro horas. Efectúase la micción sin dificultad, ni sacudidas ni esfuerzos, pero siendo muy dolorosa al principio, durante y, sobre todo al final; el dolor se presenta en el hipogastrio, periné, uretra y meato, y se irradia á veces hasta el riñón derecho. No padece retención ni incontinencia; sí tiene ligera poliuria en las veinticuatro horas, aunque en cada micción sólo expele de 8 á 10 centímetros cúbicos. La orina es turbia, de color amarillo-rojizo y olor amoniacal, de reacción ácida y densidad 1.012. Contiene albúmina en proporción de 0'5 por 100, hemoglobina, fosfatos en exceso, pero no glucosa ni uratos. Al microscopio tampoco se han hallado bacilos de Koch, sí colibacilos, células epiteliales y cilindros hialinos.

Organos génito-urinarios: Vejiga sensible á la presión y muy sensible al contacto, de 10 cent. cúb. tan sólo de capacidad. Normales todos los demás órganos, excepto el riñón derecho.

Riñones: Percusión normal. Palpación: riñón derecho muy sensible á la presión y aumentado de volumen, liso y blando; riñón izquierdo, normal.

Cistoscopia: Imposible al principio, pues la vejiga no podía retener ni

8 cent. cúb. de líquido. Al cabo de varios días de lavados sedantes y dilataciones graduales y sucesivas, lógrase que la vejiga contenga unos 40 cent. cúb., permitiendo así la cistoscopia. Mucosa con enormes arborizaciones vasculares y sumamente vultuosa; alrededor del ureter derecho existían tres úlceras aparentemente tuberculosas.

Cromocistoscopia	R. I. orina coloreada á los siete minutos. R. D. » » á la hora y media.
Prueba con la floridzina..	R. I. glucosa á los 15 minutos (16 gr. en las dos horas). R. D. » » 55 » (3'5 gr. en las dos horas).
Poliuria experimental...	R. I. 1.ª media hora, 60 c. c.; 2.ª, 150; 3.ª, 120. R. D. » » » 2 » » 8 » 4.
Crioscopia de la orina....	R. I. = δ = 1'82. R. D. = δ = 0'80. } La de la sangre dió 0'57.

Otros datos. — La poliuria experimental y la prueba de la floridzina se hicieron, en este caso, á la vez, dando como resultado que el riñón derecho trabajaba muy defectuosamente y que el izquierdo, en cambio, podía asumir y asumía el trabajo de los dos.

Tratamiento. — La tuberculosis renal no tiene más tratamiento que la extirpación. Se extirparon, pues, los riñones afectos de uno y otro enfermo, por cierto que cada caso era una forma distinta de tuberculosis. El hombre tenía una tuberculosis infiltrada, hallándose el ureter invadido, por lo que fué resecado en una extensión de 3 centímetros; la mujer tenía una pionefrosis fímica, con ureter sano. (Ambas piezas patológicas, conservadas en alcohol, fueron presentadas á la Academia).

La mujer orinó 800 cent. cúb. al día siguiente de la intervención y el hombre 600. Hoy día contienen la orina, respectivamente, cinco horas y dos horas en la vejiga.

Consideraciones. — Podemos admitir dos formas de tuberculosis renal: la primitiva ó protopática y la heteropática, en la que el riñón ha sido infectado secundariamente. La primera forma es muy rara en la clínica. La segunda puede llegar por dos vías: vía ascendente y vía hemática; no puede negarse existen casos de tuberculosis renal de origen vesical, pero la mayor parte de estas afecciones son de origen hematógeno, siendo primitivamente unilateral casi siempre. El otro riñón, á la larga, suele infectarse secundariamente, por vía vesical, modalidad rarísima, ó por vía hemática; esta última es tanto más fácil cuanto que, según Patenat y Albarrán, existe una circulación venosa inter-renal: venillas que van desde el riñón derecho á su cápsula supra renal, de ésta parten otros que se anastomosan con las diafragmáticas que, en el otro lado, envían anastomosis á la cápsula correspondiente, la cual vierte su sangre venosa en la vena renal superior izquierda.

Los síntomas pueden ser clasificados en tres grupos: del riñón, del aparato urinario y generales. Los primeros son muy raros: generalmente se sorprenden los enfermos cuando se les dice que tienen malo un riñón. El dolor no es constante, ni mucho menos; únicamente muy avanzada la lesión ya, puédese apercibir aumento de volumen. Los síntomas que deben

ser tenidos en cuenta son los siguientes: En cuanto un paciente, sin causa conocida, se queje de disuria, micciones frecuentes é imperiosas, poliuria inicial acentuada y las orinas sean ácidas, alguna vez hematúricas y ricas en fosfatos (fosfaturia inicial), sospéchese siempre tuberculosis renal.

Diagnóstico funcional. — Más importa saber el estado del riñón sano que el del enfermo; para ello usamos de diferentes pruebas, á fin de examinar su eliminación en sus tres factores: secreción de líquido, secreción de substancias sólidas y elaboración del riñón. Para obtener el primero hace beber al enfermo una gran cantidad de agua — prueba de Albarrán —; para lo segundo inyecta subcutáneamente en la nalga 1 cent. cúb. de una solución acuosa al 4 por 100 de indigo-carmín, y para lo tercero inyecta una solución al 10 por 100 de floridzina que el epitelio renal transforma en glucosa. Practica la cistoscopia, catetiza ambos uréteres, y examina las orinas de uno y otro lado, según el proceder expuesto al tratar de los casos.

El Dr. *Goyanes* cree que, afortunadamente, la tuberculosis renal es enfermedad rara: ha visto tres casos tan sólo en su práctica hospitalaria; dos positivos, que operó, y uno sospechoso. Sólo cuando va á operar es cuando somete al paciente á la prueba de Albarrán, porque es muy molesto para el paciente, y aun para el médico, estar más de dos horas en observación; pero entonces no hace otra, pues la prueba citada basta para conocer el funcionalismo del riñón sano, sobre todo si después se analiza la cantidad de cloruro sódico, urea y fosfatos que contiene la orina eliminada durante la prueba. La floridzina y demás substancias extrañas al normal funcionalismo renal, no le parecen necesarias ni convenientes. Practica la cromocistoscopia, pero sin cateterizar entonces los uréteres, lo cual no hace sino cuando va á operar, y siempre el del lado enfermo, por si la vejiga está infectada.

El Dr. *Cardenal* advirtió que tampoco cateteriza los uréteres sino cuando lo cree pertinente, y siempre los dos, si le es posible, para colocar á ambos riñones en igualdad de circunstancias, pues el peligro de infectar el sano es problemático estando llena la vejiga de líquido aséptico, y cuidando no tocar sus paredes con el catéter. Cree en las ventajas de la floridzina, precisamente por ser substancia extraña al normal funcionalismo del riñón, pues obligado éste á trabajar anormalmente, si resiste es capaz de sustituir al otro.—J. Irueste.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 6 de Mayo de 1908.

Tratamiento de la eclampsia puerperal.—El Dr. *Martín Muñoz* hace uso de la palabra para exponer otros tres casos, de la clínica de la Maternidad dos, y uno de su clientela particular, que son los siguientes:

1.° Muchacha de diecisiete años, dió á luz perfectamente y horas después tuvo los primeros ataques de eclampsia. No había tenido ningún fenómeno patológico en su embarazo, por lo cual no se le había analizado

la orina. Parió bien un niño de peso normal, la involución uterina se verificó bien en las horas inmediatas al parto; le dió un ataque de eclampsia. Se la cloroformizó y más tarde tomó una preparación de bromuros; repitió el ataque á las seis horas y otro más pequeño á los dos ó tres días, pero á partir de aquí el puerperio fué excelente y salió con alta á los doce días.

2.° Joven, natural de N. O. de España, primigesta, fuerte, robusta; ha llevado su embarazo perfectamente, tampoco se le había hecho análisis de orina. Tiene un ataque de eclampsia. Sondé á la enferma y se hizo el análisis de la misma, acusando una pequeña cantidad de albúmina. Como á pesar del cloroformo se sucedieran los ataques con rapidez (cada quince ó veinte minutos) é intensidad, de acuerdo con otro profesor, determinamos intervenir, consiguiendo una dilatación, que nos permitió extraer con forceps dos fetos. Quedó en estado comatoso, del que salió, pero aún le repitieron los ataques en los dos ó tres días siguientes, algunos tan fuertes, que hubo necesidad de ponerla camisa de fuerza, á la vez que se la suministraba el cloral en enemas y los bromuros en poción. También fueron disminuyendo y curó perfectamente.

3.° Mujer de veintiocho años, secundípara, asistida por un médico y una comadrona. Fuí llamado en consulta porque á las doce horas de trabajo le había dado un colapso, con debilidad de pulso, palidez y frialdad de la piel, sudor frío y sin convulsiones. El útero cayó en inercia y se suspendió el trabajo de parto. Salió de aquel estado comatoso, gracias á la cafeína y otros excitantes (café, cognac, etc.), pero á las dos horas tuvo un ataque característico de eclampsia. Tuvimos la suerte de completar la dilatación y extraer con forceps una niña que vive. La madre no ha tenido después el más pequeño accidente y no se la ha suministrado ni cloral ni bromuros.

Estos casos vienen á dar fuerza á la teoría expuesta por el Dr. Gutiérrez, respecto á que aun después de la evacuación del útero pueden quedar en la sangre gérmenes responsables de la aparición de la eclampsia.

El tratamiento de esta afección es el mismo que en el año 88 y el mismo que cuando en un curso académico de hace dos ó tres años discutimos, y yo combatí el uso del veratrum viride. He evolucionado, sin embargo, en el sentido de creer ahora que la evacuación de útero (como sostuve entonces) no siempre va seguida de la desaparición de los ataques, es decir, que no resulta un tratamiento específico.

El Dr. Cereceedo: Cuando en las últimas sesiones hablaba yo de la necesidad de tener un criterio más ó menos definido respecto á las circunstancias en que se debía emplear el tratamiento obstétrico y decía que en unos casos creía indicada la abstención, en otros la expectación y en otros la intervención, mi capital objeto era conocer el criterio de esta Sociedad respecto al tratamiento obstétrico en la eclampsia.

El Dr. Cortejarena me contestó elocuentemente al exponer sus tres casos tan distintos.

En un caso en que la rápida extracción fetal era posible, hizo dos aplicaciones de forceps, salvando tres vidas; en otro, en el cual hizo explosión la eclampsia en el octavo mes de la gestación, hace una sangría abundante y el embarazo siguió su curso hasta el fin, terminando con un parto espon-

táneo y feliz, salvando también dos vidas; pero en el tercero surge la eclampsia y fracasa la sangría, el cloroformo y la laboriosa dilatación y vaciamiento uterino, extinguiéndose las dos vidas.

En este último caso, cuando la dilatación se resiste á la mano y á los instrumentos, ocurren las circunstancias en que todos los tocólogos eminentes de la última mitad del siglo pasado, Schrœder, Playfair, Cazeaux, Tyles Smith, etc., afirmaban que «el interés de la madre exigía que no se hiciera ninguna maniobra obstétrica», pero admitían que en algunos casos convenía apresurar el parto para salvar al niño.

Ahora bien: supongamos que en el segundo caso citado por el Dr. Cortejarena no se calman las convulsiones con la sangría ni con el cloroformo, y que el cuello no desaparece, esto es, que el útero permanece cerrado, sin permitir la introducción de dos dedos, ni siquiera de uno, que se trata, por lo tanto, de una primípara en que todavía no se inició el período de dilatación, que el feto es viable y que las convulsiones continúan. ¿Se debe el tocólogo cruzar de brazos? Supongamos otro caso: Que fracasa el tratamiento profiláctico de la auto-intoxicación gravídica, y que los edemas, la albuminuria y los demás fenómenos, lejos de extinguirse, se acentúan más, no obstante el régimen lácteo exclusivo y el empleo de los demás eliminadores de toxina y que el feto es viable.

¿No está justificado en este caso el tratamiento obstétrico provocando el parto prematuramente?

En el primer caso creo que se impone, si la dilatación no es posible, recurrir á la operación cesárea vaginal ó abdominal, y respecto al segundo ya Tarnier hace cuarenta ó cincuenta años aconsejaba provocar el parto.

No sólo en la patogenia, sino también en la terapéutica, vamos ganando rápidamente. Así como el experimento de Mirto es elocuentísimo para demostrar la toxicidad procedente del feto y los experimentos de Veit y Mirto demuestran la toxicidad placentaria, del mismo modo los experimentos de Schrœder y Salomón, valiéndose de la circulación artificial al través del hígado, y de los análisis químicos de la sangre, antes y después de hacerla circular por dicha glándula, vieron que si se añade carbonato amónico á la sangre, se transforma en urea después de circular por el hígado. Esta transformación se debe á un proceso sintético verificado por las células hepáticas, por el cual el carbonato amónico, perdiendo agua, se convierte en urea. Haciendo circular la sangre á través de los riñones ó de los músculos, no ocurre dicha transformación. Es evidente, por lo tanto, que la función ureogénica corresponde al hígado y no á los riñones.

Pero hay más todavía; á Massen, Nenki y Pawlow, en 1892, se les ocurrió desviar del hígado la corriente de la porta, reuniendo este vaso, previamente ligado hacia el hilio del hígado, con la vena cava inferior.

En los perros que sobrevivieron á las investigaciones de los experimentadores rusos, hacia el décimo día de la operación se observaron fenómenos de auto-intoxicación, consistentes en trastornos sensitivos y motores, que adquirieron la forma de convulsiones clónicas y tetánicas, que se presentaban por accesos. A los fenómenos de excitación seguía un período comatoso, durante el cual morían algunos animales, en tanto que otros se restablecían, recobrando un estado de relativo bienestar.

Una observación detenida demostró que dichos accesos de auto-intoxicación se producían en los perros que habían comido mucha carne.

Habiendo Nenki hallado en la orina de los perros operados una gran cantidad de ácido carbámico, Pawlow y Massen investigaron si los fenómenos de intoxicación eran debidos á este producto anormal, que en condiciones normales sería transformado por el hígado. Inyectando en las venas de un perro normal carbamato de sodio ó de calcio en cantidad de 25 centígramos por kilogramo de animal, vieron producirse trastornos nerviosos parecidos á los que se observan en los perros operados de la fístula de Eck, mientras que administrando la misma sal por la vía gastro-intestinal resultó inversa á dosis mucho mayores.

Dedujeron que el agente tóxico que en los perros operados produce los accesos, está representado por el ácido carbámico neutralizado por las células hepáticas en estado normal, originando la formación de urea, ácido carbónico y agua.

El hígado de los animales operados apareció atrofiado con degeneración grasosa. En los riñones se comprobó un hinchamiento turbio de los epitelios, debido al acúmulo en la sangre de los productos tóxicos de consumo.

Estos experimentos son concluyentes en el sentido de demostrar que la insuficiencia hepática es la causa principal de la auto-intoxicación gravídica, y, por lo tanto, de los accesos eclámpsicos.

Para mí el trípode funcional de la gestación está formado por la placenta, el hígado y los riñones, y si es verdad, como afirmaba elocuentemente el Dr. Gutiérrez, que el *primum moveus* corresponde al huevo, no es menos cierto que la insuficiencia hepática, quizás consecutiva á la insuficiencia placentaria, constituye el principal factor de la intoxicación gravídica, pudiendo ocurrir en algunos casos que una nefritis anterior á la gestación sea la causa primordial, alterándose secundariamente el hígado y la placenta. Aquí, como en el célebre trípode vital de Borden ó en el de Bichat, *consensus unum, conspiratio una.*

La teoría *óvulo-hepato-renal* tiene en su apoyo, no sólo la observación, sino también la experimentación, y las experiencias de Mirto, Veit, Schrœder, Salomón, Massen, Nenki y Pawlow han transformado la teoría dicha en una doctrina que contiene verdades conquistadas, cuya interpretación podrá variar, pero los hechos son evidentes, inmutables.

Si la toxicidad de la orina varía con la alimentación, llegando al mínimo con la dieta láctea y si después de la oclusión de la porta la toxicidad urinaria es casi triple, ¿habrá todavía quien dude de que la insuficiencia hepática es el factor principal de la eclampsia?

Prescindiendo de la experimentación, la mera observación nos dice que el origen ovular y hepático es indiscutible, porque la eclampsia aparece generalmente en la gestación y desaparece con frecuencia al vaciarse espontáneamente el útero, y algunas veces, también artificialmente; siendo un hecho de observación comprobado que la muerte del feto disminuye y extingue finalmente los fenómenos de intoxicación gravídica, es prueba evidente del origen ovular de la eclampsia.

Ahora bien; también nos enseña la observación que con el régimen lácteo exclusivo primero, y después con el lácteo-vegetal, logramos casi siem-

pre evitar la eclampsia, porque con dicho régimen aliviamos la función hepática disminuyendo las toxinas ó toxi-albúminas, y entonces, realizando el hígado completamente sus funciones, especialmente la ureogénica y la antitóxica, no se ve precisado el riñón á eliminar toxinas y no se enferma, pues la alteración renal es consecutiva casi siempre á la insuficiencia ureogénica y antitóxica del hígado, como demuestran los experimentos de Prisso bajo la dirección de Colasanti y de otros experimentadores.

En cuanto á que se haya presentado la eclampsia en una mujer sin edemas y sin los síntomas precursores, no me llama la atención, porque ya manifesté que en la explosión del ataque había que tener en cuenta dos factores: 1.°, toxemia; 2.°, susceptibilidad inervadora. De manera que con un envenenamiento ligero en que no hay albuminuria, ni edemas, etc., si la susceptibilidad de la embarazada es grande puede ocurrir la eclampsia.

Yo tuve un caso también en que en el quinto día del puerperio fué atacada de un profundo estado comatoso, falleciendo al día siguiente, y habiéndole extraído 1.000 gramos de orina tampoco tenía albúmina, pero sí glicosuria. Este fué el caso sobre el cual pregunté su opinión al Dr. Gutiérrez, que me manifestó que pudo tratarse de un coma diabético y que hubiera sido conveniente hacer un examen más detenido para averiguar si existía acetona, ácido diacético, etc.

Este fué un caso de auto-intoxicación gravídica que se presentó en mi consulta en el séptimo mes del embarazo, con albuminuria, edemas generalizados, náuseas, vómitos y otros fenómenos inervadores; la sometí al régimen lácteo exclusivo durante un mes y la albuminuria desapareció, disminuyendo notablemente el edema y los demás síntomas. Como se debilitaba mucho, le permití el régimen lácteo vegetal y la embarazada se reanimó pronto.

El régimen lácteo exclusivo, si se prolonga, suele ser muy debilitante, y la razón es obvia: afirma Gautier que, en el estado normal, el adulto debe recibir diariamente, como término medio, 100 gramos de albuminoides y 400 á 450 gramos de principios ternarios (grasos ó amiláceos). Ahora bien, tres litros de leche contienen 162 gramos de albúmina y 250 gramos de materias ternarias; por lo tanto, sobran 62 gramos de albúmina y faltan de 150 á 200 gramos de principios ternarios. Se comprende fácilmente que el régimen lácteo exclusivo, si se prolonga mucho, ha de resultar insuficiente para el equilibrio nutritivo de un adulto, y máxime tratándose de una mujer embarazada.

Termino preguntando qué tratamiento obstétrico está indicado cuando hace explosión la eclampsia estando el útero cerrado y el feto vivo, siendo además viable.

II CONGRESO ESPAÑOL DE CIRUGÍA

Celebrado en Madrid del 11 al 16 de Mayo de 1908.

(Conclusión)

Un caso de anastomosis tendinosa. — El Dr. Blanc: Se trataba de una deformidad paralítica del pié, que consistía en que todo él se hallaba en fuerte flexión plantar, incluso los dedos, apareciendo como un arrollamiento de la planta y un equinismo considerable. Examinados eléctricamente los músculos tibial anterior, extensor común de los dedos, del dedo gordo y peroneo anterior, todos presentan reacción de degeneración bien manifiesta. El grupo posterior, atrófico también, pero sin degeneración y considerablemente retraído. El problema ortopédico comprendía dos partes: 1.ª, restituir al pié su posición normal; 2.ª, devolver al grupo anterior su fuerza perdida. La primera la resolvimos mediante un alargamiento en forma de Z del tendón de Aquiles. La segunda parte nos proponíamos resolverla por una anastomosis tendinosa. No podíamos servirnos de ninguno de los músculos anteriores, debiendo utilizar uno del grupo posterior. Era preciso utilizarlo todo él sin desdoblamiento, ya que, debiendo ejercer una acción opuesta á la que naturalmente desempeñaba, preciso era que se individualizase, ejerciéndose en su zona central de inervación una especie de educación, de transformación de su coordinación motriz.

Utilizamos el músculo tibial posterior, convirtiendo su fuerza desempeñada en el sentido de adducción y flexión plantar en agente de flexión dorsal. Y con objeto de que esa transformación se hiciera lo más directamente posible, y teniendo en cuenta que la acción de un músculo depende no sólo de sus puntos de inserción, sino de la dirección de sus tendones, hicimos que el tendón tibial posterior fuera á buscar á la de los extensores en línea recta. Para ello no había otro camino que perforar el ligamento interóseo. La anastomosis fué término terminal (activo pasiva). El resultado, diez meses después de la operación, satisfactorio.

Tratamiento del pié varo congénito. — El Dr. Blanc (*Conclusiones*): 1.ª Las deformaciones congénitas en la primera edad se complican más adelante con una serie de imitaciones anatómicas, originadas no por el trastorno de desarrollo, sino por el ejercicio de la función mediante órganos de conformación anormal.

2.ª En el pié varus congénito estas alteraciones secundarias constituyen en ocasiones los elementos primordiales del problema á resolver para la rectificación.

3.ª En el pié varus del recién nacido, en sus grados más ligeros, que constituyen la exageración de la actitud normal, cabe la rectificación espontánea durante los primeros meses de la vida; si ésta no se verifica ó la deformación se acentúa, acudimos al masaje modelador.

4.ª Cuando por la acentuación primitiva de la deformidad no quepa esperar una rectificación espontánea, practicamos la reducción manual en un tiempo, sea cual fuere la edad del niño, siguiendo la técnica de Lorenz,

sin valernos de la cuña. Sostenemos la reducción con vendaje enyesado y alguna vez con vendajes provisionales (antes de la aplicación de aquél), tipo Œtingen ú Hoffa. Preferimos este último.

5.ª En el pié zambo de niños de tres á diez años la deambulación acarrea la exageración de la deformidad por inclinación de la bóveda tarsiana é inversión de la misma á impulsos de la gravitación.

6.ª La oblicuidad del calcáneo determina una propulsión del astrágalo hacia delante, llegándose á operar una subluxación del mismo en este sentido.

7.ª El tramiento de estas deformaciones puede ser incruento ó cruento; el primero (reducción manual) reclama, cuando las lesiones llegan á una determinada acentuación, una serie de presiones exageradas, y la rectificación se logra á costa de desgarros ligamentosos extensos y traumatismos óseos de entidad.

8.ª Para evitar estos peligros, los casos de pié varus, cuya rectificación no haya sido posible lograr después de maniobras prudentes, aunque forzadas, de reducción manual, deben ser tratadas por la artrotomía medio tarsiana combinada con tenotomía de Aquiles.

9.ª La imposibilidad de restituir al pié sus tres puntos de apoyo en un plano horizontal, después de practicada la artrotomía medio tarsiana y tenotomía, motivará resecciones óseas circunstanciales, á las cuales debe procederse excindiendo paulatina y gradualmente todo lo que precise para lograr la rectificación.

Estado actual de la cirugía conservadora de los anejos uterinos. — El doctor Recasens: Todos los que llevamos más de quince años de práctica ginecológica activa, hemos pasado por las distintas etapas que ha tenido esta especialidad; hoy, después de una práctica ya dilatada y después de cotejar los resultados de los distintos modos de obrar, hemos llegado á un criterio, no definitivo, pero al que ajustamos nuestra conducta en un caso dado.

Las enfermas acuden al ginecólogo en busca de curación de sus trastornos genitales; el ginecológo interviene con el decidido propósito de lograr esa curación; ahora bien, ¿hasta qué punto es posible aunar este objetivo con la conservación de las funciones genitales? He ahí lo que vamos á analizar, estudiando las diversas operaciones que se han practicado con el fin de ligar estas dos finalidades; curación y conservación del funcionalismo genital.

Afecciones tubarias.—Las inflamaciones salpingíticas, lo mismo las totales que las perisalpingíticas, ocasionan, generalmente, la esterilidad, si la lesión es doble, ya por ocluirse el pabellón, ya por umbricarse las franjas y unirse los bordes peritoneales de las mismas. En muchos casos también la consecuencia es la formación de salpingitis tumorales. La intervención (salpingostomía) que se dirija á abrir el pabellón ó bien á formar uno nuevo en el tercio medio de la trompa después de resecar el trozo obturado, es teóricamente indiscutible.

Pero la experimentación clínica dice que la salpingostomía y demás manipulaciones complementarias (cateterismo, expresión), no producen el resultado curativo supuesto; y es que esas maniobras reavivan el proceso perisalpingítico causante de la primitiva oclusión; no siendo raro que si

se reabre el vientre algún tiempo después, no sólo encontraremos reproducida la oclusión, sino establecidas nuevas adherencias entre los anejos y uterinos y órganos próximos, determinando, quizás, mayores molestias que las existentes, antes de la primitiva intervención.

En varios casos hemos encontrado voluminosos hidrosalpinx que se habían desarrollado á expensas de la porción de trompa que habíamos conservado; al ocluirse el nuevo pabellón, el proceso perisalpingítico había determinado el acúmulo de líquido intratubárico y la consiguiente dilatación de la porción restante de trompa. Este tumor salpingítico resultante de procesos flogísticos de índole mecánica ó química (sabido es que el hidrosalpinx, siempre de flogosis de virulencia muy escasa y á veces no virulentas), ha sido quizás la consecuencia de la oclusión del nuevo pabellón, en virtud de flogosis adhesivas determinadas por los mismos puntos de sutura que sirvieron para formarlo.

Como ventajas de esta operación conservadora se ha mencionado repetidas veces el que uno ó más embarazos ha seguido á la misma; el hecho es cierto; pero lo es asimismo, al menos por lo que á nuestra práctica se refiere, el que aun después de tener hijos las enfermas, han continuado en estado tal de sufrimientos, que pudieran bien considerarse como inválidas. Mucho más frecuente que el obtener gestaciones consecutivas á estas operaciones es el ver que las enfermas se hallan en condiciones peores que antes, teniendo que acudir por fin al ginecólogo en demanda de algo más eficaz y positivamente curativo.

En estas operaciones conservadoras de la trompa inflamada no pueden practicarse más que en aquellos casos en los que la lesión anatómica no ha cambiado profundamente la textura de los tejidos; esto es, en aquellas endosalpingitis y perisalpingitis en las que el fenómeno más importante es la oclusión del pabellón y en las cuales la intensidad de la inflamación ó ha disminuído notablemente ó ha desaparecido.

Por lo demás, no consideramos á nadie autorizado para practicar una laparotomía, cuyo único fin sea el verificar una salpingostomía. Esta operación podrá practicarse cuando con motivo de otra intervención (acortamiento intraperitoneal de ligamentos redondos, ovariotomía unilateral) se hallen las trompas obliteradas por efecto de un proceso flogístico ya desaparecido y sea la mujer suficientemente joven para poder pensar en la conservación de su poder genético. Pudiera intentarse, sin embargo, en los casos de obliteración salpingiana sin flogosis, una operación por vía vaginal que pienso poner en práctica y consiste en una salpingostomía, dejando en la porción nuevamente formada de la trompa una porción de hueso decalcificado para que en los días que tarde en ser reabsorbido tengan tiempo de cicatrizar de modo completamente aislado las superficies serosa y mucosa que se han suturado al restablecer el orificio tubario.

Afecciones ováricas.—Las operaciones conservadoras de los ovarios deben ser juzgadas de modo distinto, según se trate de procesos inflamatorios ó neoplásicos. En las inflamaciones ováricas infectivas las operaciones parciales (resección parcial) producen siempre efectos perjudiciales, ó hay lesiones que justifican su extirpación total ó no hay indicación operatoria.

En los ovarios, como en las trompas, los procesos de inflamación unilateral no justifican nunca la extirpación bilateral.

Respecto de la ignipuntura, recomendada en las inflamaciones neurotróficas, esclerosis ováricas, inflamaciones microquísticas, decimos lo que hemos dicho de la salpingostomía; ella sola no autoriza la laparotomía y sólo podrá llevarse á cabo cuando en el curso de una intervención laparatómica se hallen ovarios con lesiones justiciables de dicho tratamiento, cuyos resultados, por lo demás, son dudosos.

En las lesiones neoplásicas de ovarios, si son benignas, se impone la conservación del ovario sano. En los tumores malignos, la extirpación doble se impone aun siendo la lesión unilateral.

Lo mismo debemos decir de los quistes papilares con tendencia á crecimiento exógeno, pues estos tumores son casi siempre bilaterales aun cuando en el momento de la intervención pueda parecer afectado únicamente un ovario.

Las operaciones que tienen por objeto romper bridas, así como la suspensión del ovario, ovariopexia, las creemos merecedoras del mismo juicio que hemos expuesto acerca de las parciales.

Como resumen de lo aquí expuesto, pueden sentarse las siguientes conclusiones:

1.ª La llamada cirugía conservadora de los anejos uterinos constituye en la actualidad una esperanza, pero ninguna de las técnicas propuestas representa un positivo progreso en el tratamiento de las afecciones de estos órganos.

2.ª La cirugía conservadora de los anejos uterinos resulta con mucha frecuencia conservadora de la enfermedad.

3.ª Las lesiones reputadas por algunos como merecedoras de tratamientos conservadores las conceptuamos nosotros como no justificables de operación, bastando para lograr un efecto paliativo bueno ó mejor que el quirúrgico el empleo de medios médicos, higiénicos, mecánicos, etc.

4.ª La laparotomía no está justificada si no tiene otro objeto que la práctica de estas operaciones incompletas.

5.ª La salpingectomía parcial, salpingostomía, ignipuntura, ooforopexia, tienen su indicación como complemento de las laparotomías que se han practicado con otro objeto.

Cirugía conservadora de los anejos uterinos. — El Dr. Cospedal: Ninguna operación conservadora de los anejos uterinos autoriza por sí misma la laparotomía, que es la única vía para su ejecución. Las operaciones conservadoras sobre los anejos uterinos se ejecutan ocasionalmente cuando la laparotomía hecha para otras justificadas intervenciones quirúrgicas permite establecer, además, la indicación y realización de aquéllas con provecho para la enferma.

Debe meditarse siempre si los anejos uterinos enfermos por diversas infecciones serán un peligro dejados dentro de la cavidad pelviana. La incisión y cauterización del ovario con termocauterio, la salpingostomía, la ovariosalpingopexia, son las operaciones ocasionales practicadas en mi clínica con beneficio para enfermas laparotomizadas y operadas en el mismo acto quirúrgico por lesiones más graves, ya uterinas, ya anexiales.

Distocia por retracción del anillo de Bandl.—El Dr. *Cortiguera* dijo que en vez de insinuar los dedos entre la cabeza y el anillo retraído para ensancharlo y, formando un plano inclinado con ellos, hacer que la cabeza del feto, rechazada por la mano izquierda del operador, resbale como lo haría un tonel que se quisiera hacer subir en una escalera sobre dos tablones, según quiere hacer Budin. Cortiguera procede como sigue: con un pié ya en la vulva y un lazo que facilite la tracción sobre el mismo, colocada la mujer en decúbito lateral sobre el borde de la cama y con los muslos doblados en ángulo recto, la mano derecha del operador abarca el occipucio con cuatro dedos llegando al anillo retraído, mientras que el pulgar extendido sobre el bregma ejecuta un movimiento de palanca para elevar el mentón, produciendo la flexión máxima de la cabeza fetal; de esta manera, sosteniendo el terreno conquistado, después de algunas contracciones uterinas, tira con su mano izquierda sobre el lazo y ejecuta la evolución y la extracción rápidamente. Es decir, que disminuye el diámetro de la presentación en vez de rechazar al anillo como hacía Budin.

Advierte el autor que siendo la contractura del anillo de Bandl una variante del tétanos uterino, siempre ha anestesiado á las enfermas y, por consiguiente, puede atribuirse una buena parte del éxito obtenido á la relajación por el cloroformo; pero publica su observación porque le parece racional el método usado y á él le resultó fácil la intervención.

Habla también Cortiguera de la posibilidad de vencer el obstáculo desbridando el anillo, ya que en todos los grabados tomados de cortes congelados se presenta éste con un espesor considerable, y cree que todo se reduciría á una incisión no penetrante que permitiría eludir los riesgos de la hemorragia por la vena coronaria si el parto se hacía rápidamente y tras de él la retracción uterina normal.

Utero tabicado y oligo-amnios.—El Dr. Cortiguera: Una señora pierde tres niños á los pocos meses del embarazo, con oligo-amnios; en el tercero sobreviene una infección por retención placentaria y, en el curso de la extracción, se observa que existe un tabicamiento del útero. Se opera esta lesión, se cura la enferma y pasa después varias veces á término sin la menor novedad niños que viven y se desenvuelven normalmente.

La curación de esta señora hace pensar al autor si el desarrollo difícil del feto es causa del oligo-amnios, puesto que la sola modificación terapéutica aparente, producida con la operación, fué la mayor amplitud de la cavidad uterina. La enferma no era sifilítica ni puede decirse que tuviera una endometritis; y el éxito conseguido parece demostrar que la existencia del tabique anormal impedía el libre desenvolvimiento de la gestación y que los abortos surgían por falta de espacio. Aunque se presente como algo inverosímil la importancia de esta causa, pues es creíble que el feto pudiera rechazar un tabique de medio centímetro de espesor hasta ponerlo en contacto con la pared opuesta, lo cierto es que son frecuentes las faltas de acomodación y las intervenciones obstétricas en casos tales. Puede pensarse que se haya admitido este proceso etiológico sin someterlo á un severo análisis; pero, al lado de una prudente reserva, queda la existencia del hecho clínico felizmente resuelta.

PERIÓDICOS

Tratamiento de los eczemas caniculares de los niños. — El Dr. J. Tuixans Pedragosa publica el siguiente artículo en la *Medicina de los Niños:*

«No hay duda que el eczema es la dermatosis más común, durante los meses de la canícula, y que los meses de junio á agosto inclusive son los más penosos para los tiernos infantes; muchos son los que padecen tal erupción, motivada por los calores debidos á la intensidad de los ardores del sol. Esta afección constituye la tercera parte de la patología cutánea infantil. Generalmente antes de aparecer el eczema presentan los enfermos síntomas febriles, insomnio y escalofrío con rubicundez, verdaderas linfangitis que podrían, en cierto modo, confundirse con una erisipela. La piel se pone tensa y brillante y aparecen vesiculitas aisladas, apenas aparentes, repletas de serosidad acuosa, que á las pocas horas se abren para convertirse en costras; tal es la marcha de la aparición de los brotes agudos del eczema, pudiendo, no obstante, seguir la consiguiente descamación y reaparecer la mismísima erupción, si se deja el afecto abandonado, sin el oportuno tratamiento. Localízase la erupción del eczema en las regiones lampiñas, empezando por las mejillas, á las que ataca con gran simetría, formando verdaderos *mapas geográficos;* también la oreja es invadida, y el pabellón, notándose á los pocos días una secreción seropurulenta; propagándose el eczema á los labios, vemos á las pobres criaturas con las comisuras de la boca pegadas, aglutinación debida á la exudación, que nos descubre grietas, que les imposibilitan para tomar aliento y para abrir la boca.

Es una enfermedad local, que raras veces tiene complicaciones serias; pero por lo molesto y por la incomodidad que reporta á los niños, por su constante hiperexcitabilidad nerviosa y por el triste pesar de las madres, que no pueden pasear á los niños por su feo y repugnante aspecto, el eczema constituye una gran molestia.

Lo que transcribo á continuación acerca del tratamiento es lo que he practicado en varios enfermitos, aparte de que es el tratamiento que he recomendado en un reciente trabajo. Aconséjase la supresión de toda bebida y manjar salado ó excitante. Bébanse aguas mineromedicinales alcalinas y trátese la diátesis escrofulosa que casi siempre acompaña á estos afectos locales. Se harán lavados con agua de flor de sauco, y después se secará con algodón hidrófilo boricado; cuando hay intensa rubefacción, por haberse rascado el enfermito por la noche en sus ensueños, lo mejor es aplicar cataplasmas, cada dos horas, de fécula de pata. Después se cubrirá la parte con la siguiente pomada:

Acido bórico	3	gramos.
Talco de Venecia	1	—
Clorhidrato de cocaína	0'50	—
Acido tartárico	1	—
Vasógeno	30	—

Mézclese.

En el caso de que no se toleren las pomadas podemos emplear las colas ó barnices, siempre que las lesiones estén secas.

Cola de Unna:

Gelatina	3	gramos.
Oxido de zinc	1	—
Brea	1	—
Glicerina	10	—
Agua	100	—

En los casos tenaces podemos emplear un excelente preparado, que es el bromocol (dibrotanato de albúmina):

Bromocol	4	gramos.
Vaselina	30	—
Resorbina	20	—

Mézclese.

Y también ha dado grandes resultados la pomada de Lassar:

Acido salicílico	2	gramos.
Oxido de zinc	5	—
Almidón	20	—
Vaselina	50	—

Mézclese.

Sigue después en orden é importancia la brea vegetal, que da uno de los mejores resultados terapéuticos, empezando por ponerla á la dosis de 20 centígramos por 30 gramos:

Ictiol	3	gramos.
Acido salicílico	0'50	—
Brea vegetal	0'20	—
Glicerina	10	—
Vasógeno	30	—

Mézclese.

Aplicaciones mañana y tarde.

Si provocara alguna intensa reacción, suprímase la aplicación de la brea é ictiol y aplíquese la siguiente:

Acido bórico	3	gramos.
Talco de Venencia	2	—
Subnitrato bismuto	6	—
Vaselina	30	—

Mézclese.

He tenido ocasión de emplear otra serie de medicamentos nuevos en la dermatología; seguro de su bondad los recomiendo, á saber:

La *cresamina*, mezcla de tricresol y de etilodiamina, líquido alcalino, límpido, con ligero olor á ácido fénico; expuesto al aire toma una colora-

ción amarillenta, sin alterar su composición. Se emplea en solución al 1 por 4.000 y también en pomada:

Cresamina al 10 por 100	15 gramos.
Lanolina	80 —

Podremos observar una acción desinfectante en las profundidades del tejido patológico eczematoso.

El *bisulfato de calcio*, líquido incoloro, con fuerte olor á ácido sulfuroso, con un peso específico de 1'06, es un *antiséptico ideal*, no tiene acción cáustica, no es venenoso y se emplea diluído hasta 40'8 partes de agua.

Bromol, tribromofenol, cristaliza en pequeñas agujas sedosas, ligeramente amarillentas; es soluble en alcohol, glicerina, agua hirviendo; funde á los 95°. Su fórmula es $C_6 H_2 Br_3 OH$; es uno de los productos más útiles en los eczemas; yo lo he empleado, asociándolo al bromocol:

Bromol	3 gramos.
Bromocol	6 —
Resorbina	20 —
Vaselina	10 —

Mézclese.

La *Mirrolina* es un líquido oleoso, amarillo rojizo, olor de mirra, soluble en alcohol y glicerina; se mezcla bien con las substancias grasas, muy usado en el eczema de la nariz; lo he empleado con el siguiente coldcream:

Mirrolina	10 gramos.
Aceite de castor	5 —
Aceite de oliva	20 —
Manteca de cacao	6 —
Cera amarilla	4 —

Mézclese.

Tilamina es una lanolina sulfurada, substancia grasa de color moreno y olor particular; se aplica pura en los casos de eczema, excepto en el del cuero cabelludo, que debemos mitigarlo con exceso de grasa para disminuir el 30 por 100 de azufre que contiene.

Eudoxina es el bismuto tetrayodo fenolftallina, cuyas propiedades secantes y antisépticas han dado gran resultado en el eczema, asociándolo al talco de Venecia». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 9 de Junio de 1908.

Inyecciones preventivas de suero antitetánico en la profilaxis del tétanos humano.—El Dr. *Le Dentu* dijo que era partidario de las inyecciones preventivas que emplea diariamente en su clínica. Las ha usado en sí propio en una ocasión que se lesionó al caerse de una bicicleta. Le sorprende que la mortalidad por tétanos no haya disminuído de una manera sensible desde que se emplea la sueroterapia antitetánica.

El Dr. *Reynier* manifestó que el método no tiene en el hombre el mismo valor que en los animales. En la actualidad se han publicado en Francia 19 casos de tétanos, que sobrevinieron á pesar de la inyección preventiva de suero antitetánico; en el extranjero, el número de casos de este género se eleva á 25. Estos hechos pueden explicarse por la acción únicamente antitóxica del suero y la corta duración de la inmunidad que confiere. Es preciso, por lo tanto, hacer, durante meses y cada ocho días, una nueva inyección. El suero expone, además, á accidentes variados, fiebre, eritema, etcétera, que no son despreciables. Cree, por lo tanto, el Dr. Reynier, que las indicaciones de este método son mucho más limitadas de lo que se dice, y que da pocas garantías.

Escaras múltiples y recidivantes de los dos brazos y de un pié. Patomimia.—El Dr. Dieulafoy: Hace dos meses me consultó un hombre de treinta años con una afección gangrenosa que duraba hacía dos años y medio. Todo el miembro superior derecho estaba cubierto de escaras, de heridas y de cicatrices. Las placas de gangrena tenían formas y dimensiones variables; algunas eran del tamaño de una moneda de cinco francos. Se trataba de gangrena seca sin olor alguno. El islote gangrenoso, duro y negro, ocupaba toda la dermis, y á su alrededor había un surco de eliminación. En ciertos sitios la escara se había desprendido, dejando una herida de color rojo vivo cubierta de granulaciones y que no supuraba. En otros puntos había cicatrices duras y queloides. No existía linfangitis, edema ni tumefacción de los tejidos, y los músculos del brazo estaban bien desarrollados.

El padecimiento principió, según dice el enfermo, por un «accidente nervioso». Este hombre cayó contra un mueble, infiriéndose en el pié izquierdo una heridilla que se hizo gangrenosa y sin tendencia á la curación. Al poco tiempo se presentaron en el antebrazo y brazo izquierdos placas gangrenosas, seguidas de heridas granulosas y de cicatrices análogas á las que presenta en el brazo derecho. La afección no era dolorosa y las escaras no tenían regla fija para su aparición.

El enfermo consultó con varios médicos, quienes diagnosticaron la afec-

ción de trastornos tróficos, de neuritis, de polineuritis, de mielitis, de histerismo, etc., y fué sometido á los tratamientos más diversos, incluso el estiramiento de los nervios. Todos fueron inútiles, y por último, se practicó la amputación del brazo izquierdo por el tercio superior, creyendo era el único medio de evitar la reproducción de las escaras. Pocos meses después aparecieron placas gangrenosas idénticas en el brazo derecho, y el enfermo ingresó en el Hôtel-Dieu. Tal es el caso. ¿Podía diagnosticarse? Intentamos hacer una buena semiología, base de toda clínica.

¿Se trata de lesiones sifilíticas? No. El enfermo no es sifilítico ni la sífilis procede así. La sífilis, por mecanismos diversos, puede originar una lesión gangrenosa, pero no produce en una hora escaras con los caracteres especialísimos de las de nuestro enfermo; escaras que se han reproducido en plena salud un centenar de veces en dos años y medio. Es preciso, por lo tanto, desechar la hipótesis de la sífilis.

¿Se trata de diabetes? No. Primero, este hombre no es diabético, y además, los trastornos tróficos de la diabetes, trátese del mal perforante, del flemón gangrenoso, de la gangrena de las extremidades, estos trastornos tróficos no tienen analogía alguna con la aparición, por decirlo así, brusca y sin cesar recidivante de las placas de gangrena de nuestro enfermo.

¿Se trata de trastornos tróficos consecutivos á neuritis? Tampoco. Este hombre no ha tenido ni neuritis ni polineuritis. No es ni alcohólico ni saturnino. Jamás ha tenido en los brazos dolores de neuritis ni trastornos de la sensibilidad ni de la movilidad. Y además, los pocos trastornos tróficos que pueden atribuirse á las neuritis y á las polineuritis, no tienen semejanza ni relación alguna con estas placas de gangrena que aparecen de repente y que en menos de una hora momifican la piel en todo su espesor. Es necesario rechazar en absoluto el trastorno de lesiones tróficas consecutivas á neuritis. ¿Se trata de trastornos tróficos consecutivos á la tabes? Este hombre no es tabético, y además, los trastornos tróficos de la tabes, incluso el mal perforante, no pueden compararse en modo alguno á esta pléyade de placas gangrenosas de nuestro enfermo.

Quedan los trastornos tróficos del histerismo, sobre los que insistiré más. Es un hecho conocido de todos que en el histerismo existen trastornos tróficos numerosos y variados. Se han descrito el pénfigo histérico, el herpes histérico, las flictenas histéricas, la gangrena histérica, las ulceraciones histéricas de los miembros y de las mamas, etc. Estos trastornos tróficos del histerismo son negados por muchos. Para convencerse de ello, basta leer los trabajos de Babinski y las comunicaciones hechas recientemente á la *Sociedad de Neurología*. Del conjunto de los llamados trastornos tróficos, con los que nos hemos educado, nada quedará dentro de poco. Estoy convencido de ello, y debo manifestar que jamás he observado un trastorno trófico histérico. Erupciones vasculares llamadas histéricas, pénfigo llamado histérico, etc., todo ello es simulación. Poco importa que el sujeto al que se ha convenido en llamar histérico obtenga ó no un provecho tangible de esta simulación; se halla dominado por este estado mental, particular, anormal, y que le hace capaz de todas las mentiras, de todas las supercherías y de todas las simulaciones.

No faltan ejemplos que prueban la realidad de lo que digo. Citaré al-

gunos de ellos: En el momento de sus reglas una mujer de veintisiete años se queja de dolores agudos en el epigastrio y presenta en los miembros una erupción de pénfigo. La forma y los caracteres de las ampollas corresponden, al parecer, á tres tipos diferentes y son objeto de una descripción especial. Pero no tardó en descubrirse la superchería: la simuladora se producía quemaduras en la piel con un hierro candente. Lamey ha observado una histérica joven, que padecía crisis convulsivas y en los miembros, sobre todo en los inferiores, una erupción caracterizada por grandes elementos redondos de círculos concéntricos alternativamente vesiculosos y eritematosos, análogos á los del herpes íris ó en escarapela. Se creyó era un trastorno trófico histérico, pero al fin logró descubrirse la superchería; la enferma se producía las lesiones cutáneas aplicándose el tapón de un frasco que contenía ácido fénico. Danlos y Brocq han observado una histérica con ampollas de pénfigo debidas á la aplicación de cantáridas. Thibierge y Darier citan el caso de una histérica con úlceras múltiples de los miembros, producidas, según se descubrió, por aplicaciones de ácido nítrico.

No creo necesario perder el tiempo en demostrar que las gangrenas de nuestro enfermo, que no es histérico, nada tienen que ver con el histerismo. ¿Puesto que este hombre no es tabético, ni diabético y sus escaras no pueden ser debidas á la neuritis, ni al histerismo, ni á la sífilis, ni á la tuberculosis, á qué causas deben ser atribuídas? No vacilé en hacer el diagnóstico siguiente: *Este hombre es un simulador y se produce sus escaras por medio de la potasa cáustica.* La clínica y la simeiología me han permitido sacar esta conclusión:

Un hecho primordial domina toda la historia de las escaras de este simulador: es la *rapidez* con que se producen. En media hora, dice, la escara está formada con ó sin flictena previa. Sólo las substancias químicas son susceptibles de producir una mortificación tan rápida de todo el espesor de la piel, y entre ellas figura la potasa cáustica, que forma parte de la pasta de Viena. Entre las escaras de este simulador y la escara producida por la aplicación de la pasta de Viena, la analogía es completa: la misma rapidez en la aparición de la escara, el mismo aspecto seco y negruzco de los tejidos mortificados, el mismo surco de eliminación perfectamente limitado, la misma granulación rápida después de desprendida la escara, la misma falta de supuración.

Por estas razones afirmé que teníamos que tratar con un simulador. ¿Cómo tener la prueba de ello? Sólo podía conseguirse por tres medios: sorprendiendo al simulador en flagrante delito, encontrando en sus escaras el agente químico que sirve para mortificar los tejidos ó por confesión del simulador. No era posible sorprenderle, porque vivía en su casa. Tampoco se consiguió encontrar el agente químico en la escara. Por fortuna, después de varias tentativas infructuosas, conseguimos que declarara su superchería.

Tal es la historia curiosa que merece llamar la atención. Un hombre inteligente, instruído, sin estigma nervioso, sin causa apreciable, principia á producirse escaras con la potasa y durante dos años y medio nada le detiene; engaña á médicos y cirujanos; se le habla de trastornos tróficos, deja decir; se habla de lesiones debidas á neuritis, deja decir; se le pro-

pone una primera operación con estiramiento de los nervios, deja hacer; se le aconseja la amputación del brazo izquierdo, le deja amputar; una vez amputado su brazo izquierdo ataca al derecho, después al pié izquierdo con la misma tenacidad, siguiendo su sistema de simulación.

¿Qué sitio debe ocupar la enfermedad de este hombre en el cuadro nosológico? ¿En qué categoría ha de ser incluída? Ha mentido durante dos años y medio, es, por consiguiente, un mitomano, es decir, un individuo en el que la mentira toma las proporciones de un acto patológico. El mitomano, con motivo ó sin él, miente más de lo que es posible imaginarse. Creo que nuestro enfermo es más que mitomano, porque si bien es cierto que miente, la mentira llega á vías de hecho, fabrica sus escaras para simular una enfermedad. Esta clase de simuladores merece un nombre especial, y por consejo de P. Bourget le doy el de *patomimia* (de πάθος, enfermedad, y μιμεομαι, simular).

Divido las patomimias en dos clases: hay patomímicos que simulan una enfermedad con intención fraudulenta, porque encuentran en ello un interés; otros lo hacen sólo por satisfacción propia, casi podría decirse que por placer. Entre los primeros figuran los que simulan una enfermedad, por librarse del servicio militar, y los que, por medios artificiales, mantienen una herida que presentan como accidente del trabajo. Otros son inducidos á la simulación por los motivos más triviales.

Cuando se estudia detenidamente el estado mental de estos individuos, cuyo objeto no es el fraude, ni el lucro, ni el afán de ganancia, se comprende que es dificilísimo explicarle. Mi enfermo se deja amputar el brazo sin revelar su secreto, y este hombre no es un demente, ni un degenerado, ni un alcohólico, ni un neurasténico, ni un histérico. ¿Cómo explicar esta aberración inaudita que durante dos años y medio le induce á cubrirse de escaras y á dejarse amputar el brazo. Según dijo, se sentía inclinado á formarse las escaras como los morfinomanos á inyectarse la morfina. La comparación no es exacta, porque en los morfinomanos la inyección de morfina responde á un placer y á una necesidad, mientras que las escaras de nuestro enfermo sólo le producían molestias y tormentos. Y su consentimiento para la amputación del brazo ¿cómo explicarlo?

Los enfermos de esta categoría no obtienen de sus actos provecho alguno; pero experimentan un placer grande en hacerse interesantes y en mistificar su porvenir, no tienen confidentes, guardan su secreto como un avaro su tesoro y una vez que entran en esta vía nefasta no pueden salir de ella, carecen de libertad y de libre albedrío. ¿Puede admitirse que nuestro enfermo era responsable del acto cometido? No lo era, porque durante dos años y medio ha obedecido á una idea fija «como una máquina, sin saber por qué». Pero esta falta de responsabilidad, cuando se trata de un acto cometido en sí mismo, puede existir si se comete en otro y esto prueba cuán complejo es el problema. En una palabra, desde el punto de vista médicolegal, ¿dónde principia y dónde termina el libre albedrío? ¿Dónde principia y dónde concluye la responsabilidad?

Tal es el caso que tengo el honor de someter á la Academia, esperando me ayudéis con vuestra experiencia y autoridad á resolver los múltiples problemas que entraña. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 3 y 10 de Junio de 1908.

Contusión aislada del páncreas. — El Dr. Guinard: Esta observación, enviada por el Dr. Roberto Picqué, se refiere á un hombre que, á consecuencia de un traumatismo, tuvo un derrame enquistado del abdomen. Se practicó la laparotomía y además de la sangre se encontró un fragmento de páncreas en vías de necrosis, que fué extirpado. Nuestro colega ha podido reunir 20 casos de contusión aislada del páncreas, lo cual le ha permitido delinear el cuadro clínico. Generalmente, es un choque de abajo á arriba el que estrelló la glándula sobre la columna vertebral; inmediatamente después se notan los signos de una reacción peritoneal intensa con defensa muscular en la región epigástrica. De los 20 casos conocidos, seis veces se han abstenido de intervenir, y los heridos han sucumbido; de los otros 14, que han sido operados, han curado 10; por lo tanto, está indicado intervenir lo más pronto posible cuando se supone la existencia de una contusión del páncreas. En algunos casos será posible intentar la sutura del fragmento, pero si la lesión data de algunos días, es necesario taponar la herida y desaguarla.

El Dr. Schwartz: Hace cuatro años observé un caso en un joven del campo; encontré un quiste retroperitoneal, que abrí por la vía transmesocólica.

El Dr. Reynier: Este año he visto á un enfermo con fístula pancreática, consecutiva á un traumatismo. Esta fístula ha desaparecido rápidamente, después de un tratamiento antidiabético.

El Dr. Tuffier: Tengo tres observaciones hospitalarias de fístula pancreática. En dos de ellas, la curación da la fístula fué espontánea; en la tercera se obtuvo después de un tratamiento antidiabético.

Laringotomía por estrechez de la laringe. — El Dr. Sieur: He tenido que practicar la resección de la laringe en dos enfermos con estrechez de este órgano. En un caso, la estrechez era consecutiva á una laringotifus, y en el otro á la difteria. En esta operación es necesario mantener la abertura de la laringe, fijando á la piel los bordes de la herida tiroidea; las consecuencias de la operación han sido excelentes.

El Dr. Broca: He practicado la misma operación por una estrechez, y el resultado ha sido superior á los que se obtienen por los antiguos procedimientos de tratamiento.

El Dr. Moty: Hace algunos meses he sometido una de estas estrecheces á la dilatación con los Beniqué.

El Dr. Broca: Esta práctica da muchos fracasos, y por ellos nace la indicación de la laringuectomía.

El Dr. Marestin: He fracasado por completo en uno de mis enfermos, por la dilatación con los Beniqué; por esto, en el porvenir, seguiré la práctica preconizada por el Dr. Sieur.

Tratamiento de las fracturas del olécranon.—El Dr. Lucas Championnière: Nos ha presentado el Dr. Lenormant un enfermo con doble fractura del

olécranon, y el tratamiento de esta fractura es el punto interesante de la observación. Nuestro colega ha puesto en práctica desde los primeros días los amasamientos y la movilización, y en muy poco tiempo la curación ha sido perfecta. He aquí radiografías de otros enfermos en los cuales el mismo tratamiento ha dado los mismos resultados. Me parece útil insistir sobre esta terapéutica, aún muy poco empleada. Son muchos los que continúan fieles al antiguo método de la inmovilización en el aparato enyesado, y otros se inclinan á practicar la sutura en todos los casos. Yo he aplicado pocas veces la sutura á estas fracturas, considerando que se obtiene el mismo éxito por el amasamiento y la movilización precoz. Se ha intentado establecer una analogía entre las fracturas del olécranon y las de la rótula para preconizar la sutura, y esto es un error, puesto que en estas últimas uno de los obstáculos frecuentes á la aproximación de los fragmentos es la interposición entre éstos de tejidos fibrosos. En el olécranon no se debe luchar más que contra la contracción muscular; los amasamientos y la movilización metódicos son el mejor medio para vencerla, y la aproximación de los fragmentos se hace espontáneamente. He visto el mismo resultado en las fracturas de la clavícula; después de algunos días de amasamiento tiene lugar la coaptación de los fragmentos y es útil no aplicar ningún aparato; la curación se efectúa por completo. En lo que se refiere al olécranon, el caso del Dr. Lenormant es un hermoso ejemplar de curación. He observado varios casos de este género y recuerdo una enferma cuyos fragmentos del olécranon estaban separados por una distancia de tres traveses de dedo; fué inmediatamente amasada y se obtuvo la desaparición de los dolores y el que cesara la contractura del triceps; en quince días la sutura ósea era sólida y estaban recobrados los movimientos de la articulación. Debo añadir que se recobran las funciones del antebrazo con mayor rapidez después del amasamiento que después de la sutura.

El Dr. Monod: Me gustaría conocer los resultados que en su práctica ha obtenido el Dr. Lucas Championnière en las fracturas de la rótula.

El Dr. Lucas Championnière: He practicado unas 80 suturas de la rótula y creo que es la mejor operación en tales casos porque carece de peligro, á condición de hacer una buena antisepsia y un buen desagüe, y porque además es necesaria, puesto que, á menudo, algunas lengüetas fibrosas se oponen á la coaptación de los fragmentos. Por esta razón, el amasamiento simple está contraindicado; pero después de la sutura es necesario recurrir á él prontamente, lo propio que á la movilización.

El Dr. Routier: En apoyo de este tratamiento sin sutura para las fracturas del olécranon, recordaré el caso de una joven que se cayó de un quinto piso. Después de hallarse varios días en el coma, observé varias fracturas de los dos miembros superiores y apliqué dos aparatos enyesados. Tres semanas más tarde encontré consolidadas las fracturas del lado derecho y que existía una fractura del olécranon en el lado izquierdo con separación notable de los fragmentos. Hice el amasamiento y la movilización, y se efectuó bien la reparación ósea.

El Dr. Picqué: En uno de mis enfermos apliqué el mismo tratamiento, y en muchas semanas la consolidación ósea ha sido perfecta.

El Dr. Quenu: Estoy de acuerdo con el Dr. Lucas Championnière para

desechar toda analogía entre las fracturas del olécranon y las de la rótula. Las condiciones son muy diferentes, y si en rigor puede bastar un callo fibroso para el olécranon, no debe ser lo mismo para la rótula. Sin embargo, en ciertos casos de fractura del olécranon estimo que está indicada la sutura. El Dr. Championnière nos dice que la osificación es más rápida con los amasamientos, y este es un punto muy difícil de afirmar, y no es más fácil de asegurar que la consolidación real existe al cabo de algunas semanas.

El Dr. Tuffier: Lo que desempeña el papel más importante en las fracturas de la rótula es la interposición entre los fragmentos de restos fibrosos; por esto practico la sutura. En las fracturas del olécranon hago la sutura cuando hay una notable separación de los fragmentos; cuando la separación es poco pronunciada me limito á la extensión y después á la flexión.

El Dr. Morestin: Los cirujanos que tratan estas fracturas por los amasamientos y la movilización son más numerosos de lo que cree el Dr. Championnière. Por mi parte soy de ello muy partidario, y desde hace algunos años no he practicado más que una sutura á causa de la separación tan pronunciada de los fragmentos.

El Dr. Broca: Si se estudian las radiografías que nos ha presentado el Dr. Championnière, se ve que la sutura no estaba indicada en realidad más que en un caso. Por mi parte no recurro á ella más que en los casos en que los fragmentos están muy separados.

El Dr. Delbet: No se pueden poner reglas generales para todas las fracturas del olécranon, puesto que sus variedades difieren. No empleo la sutura más que cuando los fragmentos distan mucho el uno del otro. Para las fracturas de la rótula hago una verdadera sutura ósea sin inmovilizar á los enfermos, y al cabo de algunos días les hago levantar y caminar. En cuanto á la antisepsia y al desagüe, no las empleo porque trato de evitar toda causa irritativa de la articulación.

El Dr. Demoulin: Soy partidario de la sutura de la rótula, puesto que coloca el miembro en condiciones que permiten prevenir la atrofia muscular. En cuanto á las fracturas del olécranon, creo que la sutura está con bastante frecuencia indicada; lo que conviene es saberla diferenciar del simple arrancamiento epifisario, que no requiere más que la inmovilización durante algunos días y después amasamientos y movilización.

(*Le Bull. Med.*)—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 3 de Junio de 1908.

Microsporia del cuero cabelludo.—El Dr. *Ehajes* presenta un caso de esta afección, muy rara en Alemania, pero muy frecuente en París y en Inglaterra. En Alemania parece que empiezan á menudear los casos en Schöneberg. La enfermedad no tiene en sí nada de peligrosa, pero es sumamente contagiosa en los niños, siendo muy digno de notar que sólo se presenta en

la infancia, y que con la pubertad se extingue por sí misma. Aparecen en el cuero cabelludo unas placas más ó menos grandes, que se extienden por los bordes y que se cubren de escamas brillantes; al mismo tiempo se quiebran los cabellos.

El tratamiento consiste en la depilación y toques con tintura de yodo ó con otra substancia que irrite la piel.

El Dr. *Glaser* dice haber observado también varios casos en el hospital de Schöneberg, y posteriormente ha comprobado la existencia de más de 20 fuera del establecimiento. La causa de la afección es el microsporon Audouini, que crece en el cabello y que se puede cultivar, en cultivo puro, sobre determinados terrenos nutritivos (maltosa). El autor ha visto varios casos en una misma familia. Como tratamiento ha aconsejado His los rayos Röntgen.

El Dr. *Blaschko* confirma el diagnóstico, y para prevenir la difusión de la enfermedad recomienda las medidas propuestas por His, á saber: visitas sistemáticas de inspección en las escuelas; inspeccionar las casas donde viven niños atacados de la enfermedad, y hacer que estos niños no puedan propagar el contagio, para lo cual se les cubrirá la cabeza con vendajes que la aisle bien del exterior.

El Dr. *His* refiere haber observado en Basilea una epidemia que afectó á más de 200 individuos. Es imposible practicar una depilación radical, puesto que los cabellos enfermos presentan por de pronto, á simple vista, el mismo aspecto que los sanos. El tratamiento eficaz es la röntgenoterapia, siendo de advertir que para este objeto dan mejor resultado los aparatos franceses que emplean una máquina de influencia, que los alemanes, en que se utiliza un aparato de inducción. Es muy conveniente la inspección sistemática de las escuelas, cuidando antes de que á los niños les hayan cortado el cabello al rape, y el empleo en los niños atacados de la afección de un vendaje que les cubra bien la cabeza. Estas medidas deberán ser adoptadas oportunamente por el Municipio de Schöneberg, para evitar que suceda lo que en París, donde la enfermedad se ha difundido muchísimo y los gastos que entonces exigirá su extirpación habrán de ser, como es natural, mucho más considerables.

El Dr. *Huber* dice que ya ha insistido en Schöneberg para que se adopten las medidas convenientes, y que el Gobierno, por su parte, también las ha puesto en práctica.

Movimientos y contracciones del corazón.—El Dr. *Rehfisch* dedica un recuerdo histórico al desarrollo gradual de nuestros conocimientos relativos á las distintas fases del movimiento del corazón, hasta que se llegó á distinguir en el músculo cardíaco dos partes, una suprapapilar y otra infrapapilar, y á conocer que el movimiento del corazón está compuesto esencialmente de una torsión del borde izquierdo del corazón alrededor del eje vertical, con elevación de la punta y formación de una combadura. Para que después de esto sea impulsada la sangre á la aorta, es preciso que disminuya el diámetro transversal del corazón; para ello es elevado el borde derecho de la víscera en la porción infrapapilar, y se verifica en la suprapapilar una contracción enérgica de todas las fibras que se contraen hacia un punto fijo. La contracción empieza en el sistema papilar, según lo han de-

mostrado unánimemente todos los procedimientos de investigación. Desde el punto de vista práctico, puede decirse que la contracción comienza en el momento en que se contrae la porción suprapapilar.

A fin de medir la magnitud de la contracción, el autor, en unión de Dubois Reymond, ha hecho construir un aparato registrador que permite medir simultáneamente la contracción de cada una de las mitades del corazón y la de la víscera en su totalidad.

El autor pasa después á comparar la curva de la contracción con la curva del pulso, que está formada, como es sabido, por la combinación de las alturas de presión máxima y mínima del pulso. Con este objeto midió en la imagen rontgenográfica y por medio de una masa de gelatina, la extensión de la contracción cardíaca y la comparé con la curva del pulso. De esta comparación ha resultado que en el hombre completamente sano, existe paralelismo entre las dos curvas, del pulso y de la contracción cardíaca, pero que en los diferentes estados patológicos se observan variantes bien definidas, que el autor explica detalladamente con las curvas respectivas á la vista. En cada caso concreto se observa que existen relaciones determinadas entre las dos curvas del pulso y de la contracción cardíaca, y que dichas relaciones permiten establecer conclusiones precisas acerca de la función del corazón.

El Dr. *Kraus* califica de provisionales las cifras obtenidas en estas investigaciones y aconseja utilizarlas tan sólo con cierta circunspección.

El Dr. *Kutseustesi* ha propuesto, para medir la presión sanguínea en una arteria, introducir la cánula en una rama lateral de dicho vaso.

(*Deutsche Medicinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 5 de Junio de 1908.

Coxa vara congénita. — El Dr. *Antonio de Frisch* presenta á un niño de siete años, que padece dicha afección. Además padece de lordosis, se bambolea al andar y se observa que sobresalen los trocánteres.

Follidis.—El Dr. *Moriz Oppenheim* presenta un caso de esta afección. En la cara dorsal de los brazos se ven papulitas redondas de diverso tamaño que presentan en el centro una costra. Levantada ésta aparece una úlcera circular de bordes socavados. La reacción de Pirquet, provocada con la tuberculina, ha sido muy intensa, por lo cual hay que admitir la naturaleza tuberculosa de la afección.

Vacunación tuberculosa.— El Dr. *Heymans*, de Gante, dice que para obtener la inmunidad contra la tuberculosis en el ganado bovino, procede del modo siguiente: un milígramo de bacilos tuberculosos del tipo humano se encierra en un saquito preparado con un trocito de caña, el cual se sumerge en una disolución de colodion y se incluye en una cápsula de gelatina. El saquito se introduce debajo de la piel del animal, practicando para ello una incisión que se cierra después. Con el tiempo se disuelve la

cápsula de gelatina y el saquito de caña forma una especie de membrana, á través de la cual los bacilos reciben el alimento necesario para su crecimiento, se multiplican y á su vez ceden al organismo substancias inmunizantes. En cuarenta y ocho horas se forma alrededor del saco un exudado de células polinucleares, y más tarde una cápsula de tejido conjuntivo, en la que, al cabo de diez á dieciocho meses, sucumben los bacilos y se deshacen.

El procedimiento se funda en los experimentos siguientes: si en uno de dichos saquitos hay medio centímetro cúbico de tuberculina y se le coloca en una disolución de sal común, se difunde en esta disolución la tuberculina, como puede comprobarse por medio de la inoculación. Colocando un saquito con tuberculina debajo de la piel de una vaca, se presenta igualmente la reacción respectiva. Llenando el saquito con caldo glicerinado, en el que se hubiesen sembrado bacilos tuberculosos, y manteniéndolo en una retorta con caldo, colocada en una estufa, los bacilos continúan desarrollándose. Si el contenido de la retorta, en el que no se había encontrado ningún bacilo, se inyecta pasadas cuatro ó seis semanas á un animal tuberculoso, se observa en éste una reacción igual á la que hubiera sobrevenido cuando se le hubiese inyectado tuberculina. Los animales sanos á los que se los introduce debajo de la piel un saquito con bacilos tuberculosos, reaccionan una vez pasadas tres á seis semanas á una inyección de tuberculina. Esta sensibilidad dura de cuatro á seis semanas y después desaparece.

Si á los animales inmunizados de este modo se les introduce de una vez una gran cantidad de bacilos tuberculosos por la vía subcutánea ó por la bucal, ó bien durante tres semanas dosis diarias y muy pequeñas, se observa que estos animales no contraen la tuberculosis, y en cambio se presenta en los animales testigos. Según esto, los animales inoculados presentan una resistencia relativa contra la infección tuberculosa. Con la tuberculina reacciona próximamente el 10 por 100 de los animales sanos y previamente vacunados, y en la autopsia se encuentra la tuberculosis en un 6 á un 16 por 100. En los animales tuberculosos á los que se les ha introducido debajo de la piel un saquito con bacilos, se observa también una tuberculización lenta; muchos de estos bueyes y vacas reaccionan muy poco ó nada á la tuberculina, y en la autopsia se encuentra una regresión en las lesiones tuberculosas, por lo cual hay que atribuir también un efecto curativo al método de los saquitos.

El Dr. *Antonio Weichselbaum* juzga insuficiente el examen de la resistencia por medio de la reacción á la tuberculina. El hecho de que tal reacción no se presenta no demuestra la no existencia de la tuberculosis. Esto no obstante, cree digno de estudio el nuevo procedimiento de inmunización. En su Instituto se han hecho también ensayos de inmunización, fundados en el hecho de haberse encontrado bacilos en ganglios linfáticos que no presentaban ninguna alteración. Según esto, dichos ganglios producen substancias que son nocivas para los bacilos (Bartel).

El Dr. *Detre*, de Budapest, hace notar que la inmunidad á la tuberculina no significa la curación de la tuberculosis. La inoculación repetida de la tuberculina no suele producir dicha curación, sino más bien cierta insensibilidad de los tejidos respecto al bacilo.

El Dr. *Julio Bartel* explica el procedimiento de inmunización de Weichselbaum. Si se incluyen bacilos tuberculosos en órganos y se les mantiene mucho tiempo á 37°, llegan á perder su virulencia. Inyectando á animales el jugo de dichos órganos, y especialmente el de ganglios linfáticos, adquieren una resistencia mayor contra la infección tuberculosa.

El Dr. *Clemens de Pirquet* pregunta qué curso sigue la reacción á la tuberculina en los animales inmunizados.

El Dr. *Teodoro Escherich* considera al método del conferenciante como una modificación ingeniosa del tratamiento por la tuberculina, y juzga muy importante la cuestión de si es posible, por este tratamiento, evitar una infección primitiva. Si fuese posible impedir tal infección con el método del conferenciante, se habría realizado un gran progreso.

El Dr. *Heymans* insiste en que el problema de la inmunidad á la tuberculina sólo puede ser resuelto con experimentos en animales de gran talla, siendo de advertir que entre los animales que no reaccionan á la tuberculina hay próximamente un 10 por 100 que no por ello dejan de ser tuberculosos. Se debe investigar cuándo la inmunidad alcanza su grado máximo y cuánto tiempo persiste. Como es natural, la inmunidad no puede ser más que relativa.—(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Acción terapéutica de los rayos X. — Los rayos X producen los efectos terapéuticos siguientes:

1.° Determinan una reacción que puede graduarse y que no es de ordinario dolorosa, no siendo exagerada. Esta reacción es patognomónica, tarda algunos días en presentarse, es más acentuada en la piel y muy persistente. A esta reacción es debida probablemente la destrucción de los microorganismos en los tejidos, puesto que ocasiona una leucocitosis. Los rayos X son ineficaces sobre los cultivos de microbios.

2.° Alteran el metabolismo en la piel y en los tejidos superficiales y producen la absorción de los depósitos patológicos de tejido fibroso.

3.° Determinan la absorción de ciertas formaciones patológicas y neoplásicas. Se ha observado en estos casos la desaparición de las células sin reacción aparente.

4.° Producen la caída del cabello y, á grandes dosis, ocasionan la atrofia de todos los apéndices cutáneos y hasta de la piel.

5.° Obran como anodinos en las afecciones dolorosas y pruriginosas.

(*Folia Therapeutica*). — F. TOLEDO.

Patogenia de los síntomas producidos por el riñón flotante. — En concepto del Dr. Lucas-Championnière, los síntomas producidos por el riñón flotante, no reconocen por causa ni la enteroptosis, ni la retención renal consecutiva á la inflexión del ureter. La hidronefrosis no se halla en ninguna re-

lación con la dislocación renal. En estos enfermos se observan: dolores, vómitos, cólicos intestinales, debilidad general, irritabilidad nerviosa, neurastenia y hasta perturbación mental. Estos trastornos son de origen nervioso y provienen de la tracción que el riñón móvil ejerce sobre la cápsula suprarrenal, que ha quedado fija en su sitio. Sabido es, en efecto, que las cápsulas suprarrenales son riquísimas en elementos nerviosos y se hallan en conexión con plexos nerviosos muy importantes.

Esta teoría es confirmada por la eficacia de la nefropexia, cuya operación, suponiendo la tracción anormal, hace desaparecer desde el primer momento todas las molestias.

El autor aconseja refrescar el riñón y fijarlo por medio de tres hilos dobles y gruesos de catgut, los cuales atravesarán el parénquima renal á nivel del polo inferior del riñón. Se anudan los hilos libres, lo más alto posible y á las partes músculofibrosas próximas. Para evitar la producción de un hematoma conviene dejar establecido desagüe.

(*Journal de Med.*). — R. del Valle.

Tres signos diagnósticos de la erisipela.—Según el Dr. Milian, existen tres signos patognomónicos que permiten diagnosticar la erisipela: signo del máximum centrífugo, signo de la oreja y signo del dolor á la presión.

El signo del máximum centrífugo, útil sobre todo cuando se trata de diferenciar la erisipela de una inflamación ordinaria como la dacriocistitis supurada, un absceso dentario, una parotiditis, etc., consiste en que en la erisipela, á causa de su extensión centrífuga, el máximum de las lesiones se halla en la periferia de la placa.

El signo de la oreja consiste en tumefacción, rubicundez, calor, dolor, etc., de la oreja que jamás existen cuando se trata de flemones del carrillo, de parótidas, etc., y sí en la erisipela. Esta diferencia es debida á la falta de tejido celular subcutáneo en la oreja, lo que explica su falta de infiltración; como la erisipela es una dermitis, se propaga por el espesor de la piel del pabellón del oído como por la de cualquiera otra región.

El signo de dolor á la presión consiste en un dolor que siente el enfermo en cuanto se comprime sobre un punto cualquiera de la placa erisipelatosa, principalmente en su periferia. Este signo es constante y permite localizar la zona de invasión de la erisipela en la piel del cráneo, donde es invisible. El eczema agudo, la zona oftálmica, las parotiditis, no son dolorosos á la presión. La dacriocistitis supurada, los abscesos dentarios sólo son dolorosos cuando se comprimen en el centro de la colección purulenta, pero no en la periferia. — (*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL CEREBRO DE LOS CRIMINALES

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Miembro de la Academia de Medicina de Bahía.

El estudio del cerebro de los criminales ha preocupado desde antiguo á los sabios. El motivo es sencillo. En el encéfalo radican las funciones más elevadas, todo el organismo depende del sistema nervioso, y no siendo el crimen sino la resultante de un acto psíquico, al sistema nervioso habían de acudir las investigaciones, en la esperanza de encontrar disposiciones, particularidades que unir á la historia natural del hombre delincuente.

Corresponde á Lombroso el mérito de haber dado cuerpo á ideas que flotaban dispersas, á la antropología criminal una dirección esencialmente científica; aun cuando sobre el cerebro de los criminales existían ya datos sueltos, desde que el sabio italiano expuso su doctrina, una legión de valerosos discípulos se apresuraron á pesar los cerebros, á estudiar las circunvoluciones, macroscópica y microscópicamente, de los criminales. La observación fría y serena de los hechos nos inclina á rechazar la existencia de un *tipo* especial de cerebro en los criminales, pero las investigaciones no son infructuosas: revelan con mayor frecuencia en los criminales que en los normales la existencia de caracteres de inferioridad.

El estudio es interesante, como todo lo que se refiere al criminal; las observaciones, numerosas. En algunos locos, que tantos puntos de contacto tienen con los criminales, hemos observado las mismas anomalías. Una Memoria-resumen tendría, pues, alguna utilidad. Pondré todo mi empeño en que esta humilde labor, que hoy limito al cerebro de los criminales, no resulte completamente estéril; es

necesario, principalmente en España, demostrar hasta dónde han llegado los nuevos estudios de antropología criminal; en nuestro país se ha juzgado, y á mi entender olvidando los respetos que merece todo adversario científico, como muy despreciable la labor del profesor Lombroso; se ignora, ó por lo menos se quiere ocultar, que el ilustre fundador de la Antropología criminal pintó con mano maestra los caracteres de los criminales y describió su manera de obrar, pensar, odiar, amar, etc.; se le atribuye sólo la concepción del criminal nato y se omite su labor sobre los criminaloides, el criminal de ocasión, por pasión, etc.; se acusa á su escuela (desconociendo los trabajos de Pelmann, Kurella, Du Hamel, Salillas, Havelock-Ellis, Bleulier, etc.) de haber olvidado las causas económicas y sociales del crimen; se olvida que frente á la prisión y deportaciones preconizadas por los antiguos juristas, presenta valientes reformas, arrancadas á la biología y sociología, y llevadas á la práctica con resultados, aunque muy embrionariamente, en distintos países; y finalmente, se critican sin piedad sus ideas sobre la presencia frecuente de los caracteres degenerativos en los criminales, desconociendo ú olvidando que en todos estos últimos años han recibido las más bellas confirmaciones. Citaré (1898 á 1907) y no acabaría, los nombres de Myes, Ugotti, Coscia, Salvi, Battistelli, D'Ajutolo, Geill, Larger, Talbot, M. Carrara, S. Ottolenghi, Blasio, Mirabella, Hans Gross, Audenino, Tovo, G. L. Gasparini, etc., etc. Algunos autores sostienen que Lombroso pretende distinguir los criminales de los hombres honrados por los dibujos de las manos, por los caracteres de las orejas, del cráneo, etc., y mientras tanto el maestro afirma: «para mí las anomalías aisladas no son más que un indicio, una nota musical de la que no pretendo obtener un acorde sino después de haberla encontrado ligada á otras notas físicas ó morales» (1).

Antes de empezar el estudio del cerebro de los criminales, que comprenderá su peso, descripción de la superficie exterior, de la superficie interior, existencia de un *tipo?*, estructura de la corteza,

(1) C. Lombroso: Discours d'ouverture du VI Congrès d'Anthropologie criminelle. *Archives d'Anthrop. criminn.*, año XXI, núm. 54, 1907.

No pretendemos negar con las consideraciones que preceden, que en España no tenga la escuela de Lombroso ardientes partidarios, entre otros, Salillas y Alvarez Taladriz, dos maestros que valen por una legión.

No olvidemos tampoco el nombre del prof. Olóriz Aguilera, autor de numerosos trabajos de antropología general é identificación judicial, citados con frecuencia en las obras de autores extranjeros.

lesiones anatomopatológicas, etc., creemos necesarios algunos conceptos generales de anatomía humana y comparada, á los que hemos de acudir con frecuencia.

Los hemisferios cerebrales son partes del encéfalo desarrolladas mucho después que las restantes, y de ellos los lóbulos frontales los más característicos del hombre; en los animales, especialmente los antropoides, están menos desarrollados; en el gibón los hemisferios no cubren, como sucede en el hombre, á los lóbulos cerebelosos: en otros antropoides el cubrimiento es incompleto.

El cerebro de los antropoides pesa unos 400 gramos (término medio): el cerebro humano tiene tres veces el peso del de los grandes monos. En éstos las circunvoluciones son sencillas, poco flexuosas y simétricas. El cerebro del mono es un remedo del cerebro humano, cuya superficie parecía laberíntica á los antiguos anatómicos, hasta que estudiando seres más inferiores, los monos, utilizaron el esquema de su cerebro, que con mayor lujo de particularidades es el cerebro humano.

Las cisuras en los monos son sencillas; la ínsula de Reil, por escaso desarrollo de los lóbulos vecinos, está al descubierto; los pliegues de paso parieto occipitales profundos, lo que permite que la perpendicular externa se extienda por esta cara del hemisferio, y que el lóbulo occipital afecte la disposición de opérculo. La tercera circunvolución frontal, en cuyo pié reside el centro del lenguaje articulado, es también sencilla en los antropoides, afectando la forma de un arco.

A veces faltan todas estas diferencias tan notables y no es difícil encontrar cerebros humanos con la ínsula al descubierto, peso muy inferior al normal, tipo rudimentario de la circunvolución de Broca y de otras circunvoluciones, etc., etc.

El peso del cerebro varía según la edad, talla, sexo. En una edad relativamente poco avanzada posee ya en el hombre 5/6 y en la mujer los 7/8 del peso que tendrá en la edad adulta (1).

Por término medio, el peso del cerebro del hombre es superior al de la mujer (1.157 gramos para el hombre y 995 para la mujer, según Broca; 1.282 para aquél y 1.093 para ésta, según Sappey); pero si se tiene en cuenta el peso del cuerpo, se llega á la conclusión de que el cerebro de la mujer supera algo, en peso, al del hombre.

(1) Dallemagne: Stigmates anatomiques de la criminalité, pág. 113.

El cerebro del niño y el de los pequeños mamíferos y pájaros, pesa más relativamente que el del hombre adulto. La mujer, según los estudios de investigadores de nota, tiene ya en el feto mismo una superficie más lisa, una simplicidad mayor en la construcción de los gyrus; muestra también una menor variabilidad individual, por lo que sirve muy bien para fijar los caracteres de raza (1).

No hará falta recordar el hecho, ya muy sabido, de que la superioridad del cerebro humano depende principalmente de la naturaleza de las células nerviosas (contenido celular, riqueza en conexiones, etc.).

Hechas estas consideraciones generales, comenzamos el estudio de las cuestiones que nos hemos propuesto analizar.

I.—Peso del cerebro de los criminales

Prevalecen las cifras máximas y las cifras mínimas. Huschke, que ha pesado 20 cerebros de criminales, locos y suicidas, da un término medio de 125 gramos superior al normal. Th. Bischoff (2), que ha pesado 137 cerebros de criminales y para comparar mejor 422 cerebros de normales, ha observado que relativamente al número de ejemplares, predominaban en los primeros más que en los segundos las cifras máximas; en algunos cerebros de criminales observó también cifras mínimas: los encéfalos pesaban 24 á 36 gramos menos que los cerebros de normales. Lelut con 10 cerebros de criminales obtuvo una media de 1.350 gramos; la media normal para este autor es 1.320. Penta (3), por el contrario, cree que el peso es menor; para Topinard esta inferioridad es de 30 gramos aproximadamente; para Varaglia y Silva (4) de 16. También Rüdinger (5) en 25 delincuentes notó que muchos tenían encéfalo de peso inferior al normal; Parchappe (6) y Lelut en 18 guillotinados;

(1) Véase O. Schultze: Das Weib in Anthropologischer Betrachtung. Würzburg, A. Stubers Verlag, 1906.

(2) Bischoff: *Hirngewicht des Menschen*, 1880; cit. por Topinard: Elémente d'Anthropologie générale. París, 1885.

(3) Penta: *Congrès de Rome*, 1894; véase también su estudio sobre 28 cerebros de criminales publicado en *Archivio di Psichiatria*, vol. XI, 3, pág. 82.

(4) Varaglia y Silva: Studi su 60 crani. Turin, 1885.

(5) Rüdinger: *Archivio di Psichiatria*, vol. V, 1884.

(6) Este autor, y sus estudios fueron confirmados por Bra (Thèse inaugurale, 1882), ha observado en los casos de locura aguda aumento en el peso del encéfalo; por el contrario, disminución en la locura crónica (Parchappe: Traité théorique et pratique de la folie. París, 1841).

Debierre (1) en tres asesinos decapitados; Mingazzini (1888) y Guglielmo Mondio en la mayoría de los casos por ellos estudiados.

De todo lo que precede parece deducirse que en los criminales predominan las cifras *mínimas*.

G. Buschan, en una obra publicada no hace mucho en Wiesbaden (Bergmann, 1906), cree que si alguna vez en delincuentes, idiotas, imbéciles y otros alienados se observan pesos elevados, esto depende de un desarrollo anormal, exagerado por tejidos patológicos. Para dicho autor la elevación del peso general del cerebro es debida, casi siempre, al mayor desarrollo de los territorios anatómicos, donde Flechsig localiza los centros de asociación. De 107 hombres ilustres, 42 tenían un peso superior á los 1.500 gramos; á la cabeza está Turgenieff con 2.012; después Cuvier con 1.830; v. Bismark, 1807; v. Siemens, 1.600, Spurzheim, 1.559; Seguin, 1.502, y Napoleón III cierra la serie con 1.500. Otros tenían un peso inferior á este último, y así Tuchs, 1.433; Giacomini, 1.495; Gauss, 1.492; Broca, 1.484; Bischoff, 1.452; v. Helmholtz, 1.440; Bertillon, 1.398; v. Liebig, 1.352, y Gall cierra esta otra serie con 1.198.

Pero aun admitiendo que del peso total del encéfalo no puede deducirse, para el objeto de esta Memoria, ninguna conclusión con visos de mucha verosimilitud, queda aún el estudio comparativo entre el peso de los dos hemisferios, derecho é izquierdo, y vamos á ver en seguida que un detenido análisis de la bibliografía es algo fructífero en resultados.

En los normales, según Broca (es sabido que las conclusiones de este sabio derivan de un crecido número de reconocimientos), el hemisferio derecho pesa más, y esta diferencia de peso asciende, para los varones, á 2 gramos, y sólo á algunos centígramos para las hembras. Por el contrario, Leone Lattes (2) (al que se deben estudios profundos sobre las asimetrías de los hemisferios de los criminales), en cerebros de mujeres delincuentes ha observado la preponderancia del peso del hemisferio derecho, pero más elevada aún, de 2 gramos (derecho 513, izquierdo 511), la misma que se observa en los cerebros de varones normales. Se pueden encontrar en los delincuentes otras particularidades, y así la mayor diferencia de

(1) Debierre: La Möelle épinière et l'encéphale. París, 1894; Le crane des criminels. Bibliotèque de criminologie. París, Masson, 1895.

(2) L. Lattes: Assimmetrie cerebrali nei normali e nei delinquenti. *Archivio di Psichiatria, Antropologie criminale, ecc.*, vol. XXVIII, fac. I-II, 1907.

peso encontrada por Giacomini (1) es de 28 gramos, mientras Varaglia y Silva y Lattes señalan, respectivamente, diferencias de 51 y 60 gramos.

Tenchini (2), en 37 cerebros de mujeres normales, encontró que en 17 el exceso de peso del hemisferio izquierdo sobre el derecho, la media era de 5'82, y en 10 casos en que el derecho pesaba más, la media era de 7'30 gramos. Las cifras medias que da Chiarugi (3), que estudió también cerebros de mujeres normales (16), son de 8 gramos para el primer caso y de 6 para el segundo. Por el contrario, Lattes, en delincuentes, da cifras mayores: 11 gramos y 8'3, respectivamente; á resultados análogos llegó Spelli en 1886, con cerebros de locos, cuyos hemisferios presentaban asimetrías en el peso, pero sin variar mucho el peso de los cerebros completos en relación con los normales.

Otra prueba más de la mayor asimetría en el peso de los hemisferios cerebrales de los delincuentes. Giacomini, en cerebros de normales, observó sólo igualdad de peso en el 13'5 por 100 de los casos; Chiarugi (cerebros femeninos) en el 13 por 100; Luys (normales también) en el 15 por 100; Tenchini en el 28 por 100 de los casos. Por el contrario, Varaglia y Silva, en delincuentes, ha visto la igualdad sólo en el 9 por 100 de los casos, y Lattes, con menos frecuencia aún, en el 5 por 100.

Según Broca, el *peso medio del cerebelo* es de 143 gramos; Varaglia y Silva (Studi su 60 crani. Turín, 1885), que han estudiado comparativamente una serie de mujeres honradas y otra de mujeres criminales, dan para éstas una media mayor; al mismo resultado llegó Mingazzini. El cerebelo del criminal Laureau (4) pesaba 160 gramos; el de Expósito (5) 170 y el de Hugo Schenk (6) 194 gramos. Ahora bien; creo que conviene aquí recordar que los nuevos estudios histológicos y fisiológicos coincidan en considerar el cerebelo como un órgano esencialmente motor. Nosotros hemos de-

(1) Giacomini: Varietá delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo. Turín, 1881. — Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo. 2.ª edición. Turín, 1881.—*Arch. ital. de biologie*, t. I, 1882.

(2) Tenchini: Sul peso dell'encefalo, degli emiferi cerebrali, ecc. Parma, 1884.

(3) Chiarugi: Forma del cervello umano e variazioni correlative del cranio e della superficie cerebrale. Siena, 1886.

(4) Véase *Archiv. d'Anthrop. criminnelle*, t. IX, pág. 502, 1894.

(5) Descrito por A. Fallot: *Archiv. d'Anthrop. criminnelle*, t. IV, 1889.

(6) Descrito por Benedikt: *Archiv. d'Anthrop. criminnelle*, t. VI, página 289, 1891.

mostrado en otros trabajos (1) que en la corteza cerebelosa pueden admitirse el mismo número de capas que en la cerebral, que en ésta hay sólo mayor riqueza numérica de elementos, que todos corresponden á los de la cerebelosa, y lo que es más importante, que la célula de Purkinje es el elemento motor, la pirámide de la corteza cerebelosa.

Nuestras ideas se ven plenamente apoyadas por los modernos trabajos de Bolk, Pagano, v. Rynberck, Luna, A. A. Damkiewiz, Negro, Roasenda, etc., sobre las localizaciones motoras del cerebelo.

II.—Circunvoluciones y surcos

Los estudios de Benedikt, Giacomini, Tenchini, Lombroso, etc., continuados por otros observadores, han demostrado en los cerebros de criminales la presencia de frecuentes anomalías, entre otras, circunvoluciones frontales supernumerarias, segmentación de la frontal ascendente, curso atípico y segmentación de la parietal ascendente, situación profunda de los pliegues de paso que ocultan la perpendicular externa y consecutiva formación del opérculo occipital, desarrollo incompleto del *præcuneus* (como sucede en bastantes simios), posición superficial del *gyrus cunei;* anomalías en las cisuras de Rolando y de Sylvio, separación de la calcarina y la occipital, duplicación de aquélla, prolongación de la calloso-marginal hasta la parte posterior del *præcuneus* y de su ramo anómalo hasta la parieto-occipital, etc., etc.

Como vamos á ver, su estudio, en particular, presenta el más grande interés.

Lóbulo frontal.—El desdoblamiento de una de las circunvoluciones frontales, *tipo cuaternario del lóbulo frontal*, normal en los grandes carnívoros, ha sido objeto de interesantes controversias, de las que no ha resultado todavía una conclusión definitiva á que atenernos. Benedikt, profesor de la Universidad de Viena, fué el primero en describir en los cerebros de criminales el lóbulo frontal

(1) A. Lecha-Marzo: Nuevos estudios sobre la corteza del cerebelo. (Con un fotograbado original del profesor Cajal). Revista de Medicina y Cirugía prácticas, t. XXXI, agosto 1907; resumido en *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1908.

Sulla somiglianza delle corteccie cerebrale e cereberrale. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXIX, págs. 69-74.

de cuatro circunvoluciones anteroposteriores, por desdoblamiento (según Benedikt) de la primera frontal (1).

Un año después (1879), Hanot llamó la atención sobre el tipo cuaternario del lóbulo frontal, que cree debido al desdoblamiento, no de la primera, sino de la segunda circunvolución frontal, opinión que fué aceptada por Benedikt en el mismo año. De 87 cerebros estudiados por este último autor, 42 tenían 3 cincunvoluciones y en 40 se observaba el tipo cuaternario, completo en 27 é incompleto en 13; los 4 hemisferios restantes tienen 5 circunvoluciones. La división completa tenía lugar ocho veces sobre la primera, 14 veces sobre la segunda y otras tres sobre la primera y segunda, simultáneamente. La división incompleta interesaba cuatro veces la primera frontal y ocho la segunda.

Diez observaciones de Schvekendick (2), cuatro de Hanot (3), tres de Bouchard (de Burdeos) (4), dos de Romiti (5), otras de Ferrier (6) y de Féré (caso de Sabourin) (7), etc., confirmaron los resultados de Benedikt. Sin embargo, los resultados obtenidos por C. Giacomini, que estudió el lóbulo frontal comparativamente en los normales y en los criminales, son desfavorables á la tesis sostenida por el profesor de Viena. Eberstaller (8), yendo aún más

(1) Benedikt: ie Raubthiertypus am menschlichen Gehirne (Vorläufige Mittheilung). *Centrablatt für die Medicinische Wissensch*, 1876. N. 52.—Anatomische Studien au Verbrecher-Gehirnen. Wien. 1879.—Anatom. Demonstrationen zur Naturgeschichte der Verbrechern. *Anzeiger der Gesellschaft d'Aerzte in Wien*. 1876. N. 28-29.—Zur frage des Vierwindung typus. *Centralblatt für die Medicinisch. Wissensch*, 1880. N. 46.—Sulla questione dei cervelli di delinquenti (Carta abierta al profesor Giacomini). *Rivista delle Cliniche*, 1883.—Ueber den heutigen Stand der anatomie des Verbrecher Gehirne. *Allgm. Zeitschrift L. Psych*. Bd. 87. N. 5. Demostration eines Verbrechergehirne. *Mittheil. des Wiener medic. Doctoren-Collegiams IX*. N. 12.—Beitrage zur Anat. den Gehirna Oberfläche. *Medizinische Jahrbucheren*. Wien. 1888, pág. 54 y sig.

(2) Schwekendick: Untersuchungen von zehn Gehirnen von Verbrechern und Selbstmordern. Wurtzburg, 1882.

(3) Hanot: *Comunic. á la Soc. de Biologie de Paris*, 21 diciembre 1879. *Progrès medical*, 1880.

(4) Bouchard: Études sur le circunvolution frontales de trois cerveaux d'assassins supliciés. *Bullettin de la Société d'Anthropologie de Bordeaux* t. III, fasc. I; *Anatomischer Anzeiger*, 1887. N. 4.

(5) Romiti: Cranio e cervello dei delinquenti. Notizie anatomiche. Siena, 1883.

(6) Ferrier: Ein Verbrechergehirn. Brain, abril, 1882.

(7) Féré: *Bulletins de la soc. anat. de París*, 1876, págs. 172 y 441; *Archiv. de Neurol.*, vol. V., 1883.

(8) En *Oesterreiche ärztl. Vereinszeitung*. V. Monatsvarsammlung, 24 marzo, 1884; *Jahresb. f. d. gers. Med.*, 1884, t. I.

allá, cree que la división del segundo frontal es normal en el cerebro humano; el profesor Mingazzini cree que el tipo del lóbulo frontal con cuatro giros, depende de diferencias sexuales é individuales, no siendo extraña á su existencia el índice cefálico.

Volviendo á los estudios de Giacomini, según este autor, de 164 cerebros de individuos normales, 24 presentaban el tipo cuaternario, es decir, un 14 por 100; 56 cerebros de criminales, sólo 5 presentaban el desdoblamiento de la segunda frontal (un 8 por 100). Según Giacomini, los resultados obtenidos por Benedikt tal vez sean debidos á que ha estudiado con más interés cerebros de criminales que de hombres normales. El cerebro humano no deriva de un tipo carnivoro, sino de un tipo simiano binario, que desdoblándose, produce en el hombre el esbozo normal de un tipo cuaternario.

Las observaciones de Tenchini (1) confirman los estudios de Benedikt, pues en 32 eerebros de criminales encontró tres veces una cuarta circunvolución frontal derecha, quince veces la duplicación de una de las frontales derechas (seis la primera, tres la segunda y seis la tercera); doce veces la duplicación de una de las frontales izquierdas (dos veces la primera, dos la segunda y ocho la tercera) raras veces encontró sencillísima una de las frontales.

Mondio (2) en 18 hemisferios de criminales encontró en tres desdoblada la primera frontal, en dos la segunda y en uno la tercera (indicado el desdoblamiento sólo en tres).

Muy recientemente el profesor F. Marimó (3) ha descrito 13 cerebros de criminales adultos, muertos en la Casa de Reclusión de Parma, y en ellos encontró el desdoblamiento de las circunvoluciones frontales anteroposteriores con más frecuencia aún que su maestro Tenchini; Marimó encontró el desdoblamiento, como los autores precedentes, con más frecuencia á la derecha que á la izquierda, el doble casi de veces; ocho veces la segunda frontal, cinco la tercera y una la primera.

Sbro, enfermo de imbecilidad moral, presentó en el lóbulo fron-

(1) Tenchini: Cervelli di delinquenti. Parma.

(2) G. Mondio: Nove cervelli di delinquenti. Contributo allo studio delle circonvoluzioni cerebrali. Firenze, Landi, 1895. Véase también su hermosa obra *L'infanticida*; Nocera inferior, 1905.

(3) F. Marimó: Cervelli di delinquenti: *Archivio di Psichiatria. Medicina legale ed Antropologia Criminale*, vol. XXVIII, fasc. IV-V, 1907 —Contributo allo studio delle circonvoluzioni cerebrali nei delinquenti. *Bollettino de l'Accademia Medico-chirurgica di Parma*, 1906.

de cuatro circunvoluciones anteroposteriores, por desdoblamiento (según Benedikt) de la primera frontal (1).

Un año después (1879), Hanot llamó la atención sobre el tipo cuaternario del lóbulo frontal, que cree debido al desdoblamiento, no de la primera, sino de la segunda circunvolución frontal, opinión que fué aceptada por Benedikt en el mismo año. De 87 cerebros estudiados por este último autor, 42 tenían 3 cincunvoluciones y en 40 se observaba el tipo cuaternario, completo en 27 é incompleto en 13; los 4 hemisferios restantes tienen 5 circunvoluciones. La división completa tenía lugar ocho veces sobre la primera, 14 veces sobre la segunda y otras tres sobre la primera y segunda, simultáneamente. La división incompleta interesaba cuatro veces la primera frontal y ocho la segunda.

Diez observaciones de Schvekendick (2), cuatro de Hanot (3), tres de Bouchard (de Burdeos) (4), dos de Romiti (5), otras de Ferrier (6) y de Féré (caso de Sabourin) (7), etc., confirmaron los resultados de Benedikt. Sin embargo, los resultados obtenidos por C. Giacomini, que estudió el lóbulo frontal comparativamente en los normales y en los criminales, son desfavorables á la tesis sostenida por el profesor de Viena. Eberstaller (8), yendo aún más

(1) Benedikt: ie Raubthiertypus am menschlichen Gehirne (Vorläufige Mittheilung). *Centrablatt für die Medicinische Wissensch*, 1876. N. 52.—Anatomische Studien au Verbrecher-Gehirnen. Wien. 1879.—Anatom. Demonstrationen zur Naturgeschichte der Verbrechern. *Anzeiger der Gesellschaft d'Aerzte in Wien*. 1876. N. 28-29.—Zur frage des Vierwindung typus. *Centralblatt für die Medicinisch. Wissensch*, 1880. N. 46.—Sulla questione dei cervelli di delinquenti (Carta abierta al profesor Giacomini). *Rivista delle Cliniche*, 1883.—Ueber den heutigen Stand der anatomie des Verbrecher Gehirne. *Allgm. Zeitschrift L. Psych*. Bd. 87. N. 5. Demostration eines Verbrechergehirne. *Mittheil. des Wiener medic. Doctoren-Collegiams IX*. N. 12.—Beitrage zur Anat. den Gehirna Oberfläche. *Medizinische Jahrbucheren*. Wien. 1888, pág. 54 y sig.

(2) Schwekendick: Untersuchungen von zehn Gehirnen von Verbrechern und Selbstmordern. Wurtzburg, 1882.

(3) Hanot: *Comunic. á la Soc. de Biologie de Paris*, 21 diciembre 1879. *Progrès medical*, 1880.

(4) Bouchard: Études sur le circunvolution frontales de trois cerveaux d'assassins supliciés. *Bullettin de la Société d'Anthropologie de Bordeaux*. t. III, fasc. I; *Anatomischer Anzeiger*, 1887. N. 4.

(5) Romiti: Cranio e cervello dei delinquenti. Notizie anatomiche. Siena, 1888.

(6) Ferrier: Ein Verbrechergehirn. Brain, abril, 1882.

(7) Féré: *Bulletins de la soc. anat. de París*, 1876, págs. 172 y 441; *Archiv. de Neurol.*, vol. V., 1883.

(8) En *Oesterreiche ärztl. Vereinszeitung*. V. Monatsvarsammlung, 24 marzo, 1884; *Jahresb. f. d. gers. Med.*, 1884, t. I.

allá, cree que la división del segundo frontal es normal en el cerebro humano; el profesor Mingazzini cree que el tipo del lóbulo frontal con cuatro giros, depende de diferencias sexuales é individuales, no siendo extraña á su existencia el índice cefálico.

Volviendo á los estudios de Giacomini, según este autor, de 164 cerebros de individuos normales, 24 presentaban el tipo cuaternario, es decir, un 14 por 100; 56 cerebros de criminales, sólo 5 presentaban el desdoblamiento de la segunda frontal (un 8 por 100). Según Giacomini, los resultados obtenidos por Benedikt tal vez sean debidos á que ha estudiado con más interés cerebros de criminales que de hombres normales. El cerebro humano no deriva de un tipo carnívoro, sino de un tipo simiano binario, que desdoblándose, produce en el hombre el esbozo normal de un tipo cuaternario.

Las observaciones de Tenchini (1) confirman los estudios de Benedikt, pues en 32 cerebros de criminales encontró tres veces una cuarta circunvolución frontal derecha, quince veces la duplicación de una de las frontales derechas (seis la primera, tres la segunda y seis la tercera); doce veces la duplicación de una de las frontales izquierdas (dos veces la primera, dos la segunda y ocho la tercera) raras veces encontró sencillísima una de las frontales.

Mondio (2) en 18 hemisferios de criminales encontró en tres desdoblada la primera frontal, en dos la segunda y en uno la tercera (indicado el desdoblamiento sólo en tres).

Muy recientemente el profesor F. Marimó (3) ha descrito 13 cerebros de criminales adultos, muertos en la Casa de Reclusión de Parma, y en ellos encontró el desdoblamiento de las circunvoluciones frontales anteroposteriores con más frecuencia aún que su maestro Tenchini; Marimó encontró el desdoblamiento, como los autores precedentes, con más frecuencia á la derecha que á la izquierda, el doble casi de veces; ocho veces la segunda frontal, cinco la tercera y una la primera.

Sbro, enfermo de imbecilidad moral, presentó en el lóbulo fron-

(1) Tenchini: Cervelli di delinquenti. Parma.

(2) G. Mondio: Nove cervelli di delinquenti. Contributo allo studio delle circonvoluzioni cerebrali. Firenze, Landi, 1895. Véase también su hermosa obra *L'infanticida*; Nocera inferior, 1905.

(3) F. Marimó: Cervelli di delinquenti: *Archivio di Psichiatria. Medicina legale ed Antropologia Criminale*, vol. XXVIII, fasc. IV-V, 1907 —Contributo allo studio delle circonvoluzioni cerebrali nei delinquenti. *Bollettino de l'Accademia Medico-chirurgica di Parma*, 1906.

tal derecho el tipo cuartenario, por división de la segunda frontal en su mitad posterior; las otras frontales, primera y tercera, tenían un origen común (Tamburini). Un tal Salvatore, condenado á muerte por asesinato, presentó un surco profundo en la segunda frontal izquierda, interrumpido sólo por un sutil puente en la parte media; la primera frontal, muy irregular, sólo se relacionaba con la segunda por un largo y tortuoso puente que salía de su mitad (Severi).

En el hemisferio izquierdo de un loco hemos encontrado también desdoblamiento de la segunda frontal, completo, estando el surco anormal, como en el caso descrito por el profesor Tamburini, interrumpido sólo por un delgado pliegue, situado en la parte media del lóbulo. No es esta la única anomalía que presenta este ejemplar adquirido por nuestro laboratorio no hace mucho tiempo. Lo describiremos después.

En resumen: el tipo cuaternario del lóbulo frontal, ¿es más frecuente en los criminales que en los normales? Unos afirman, otros lo niegan y la cuestión sigue conservando todo su interés. Tendría todavía importancia un estudio detenido de gran número de lóbulos frontales de delincuentes y de normales. Este estudio habrá de ser llevado á cabo por un espíritu independiente y sin prejuicio alguno de escuela.

El desdoblamiento de las circunvoluciones frontales da, como fácilmente se comprenderá, mayor número de surcos longitudinales. En los criminales se han descrito también surcos frontales transversos (Flesch, Tenchini, G. Mondio), muy notables en los lóbulos frontales del asesino Guiteau; Lattes los ha encontrado con mayor frecuencia en el hemisferio derecho.

Lattes, describió hace poco tiempo (1) un lóbulo frontal (hemisferio derecho) de una ladrona piamontesa con seis circunvoluciones longitudinales, y tres lóbulos frontales con disposición horizontal de los surcos y circunvoluciones que, como sabemos, son en los normales paralelas al borde superior del hemisferio.

La segmentación de la frontal ascendente en tres porciones fué encontrada por Giacomini (2) una sola vez en 366 hemisferios de

(1) L. Lattes: Contribution à la morphologie du cerveau de la femme criminelle. *Actes du IV Congrès d'Antropologie criminelle*, 1906; *Archivio di Psichiatria*, 1906.

(2) Giacomini: Varietá nelle circunvolucione cerebrali dell'uomo, pág. 52. Turin, 1882.

normales, por Flesch (1) y Schwekendieck en el cerebro de los delincuentes en la proporción del 6 por 100, por Huschke en el hemisferio izquierdo de una mujer homicida, y por Mingazzini en el mismo hemisferio de otro criminal; por Ferrier (ya citado) en una mujer criminal, por Mondio en el hemisferio derecho y en el hemisferio izquierdo de dos criminales, por F. Saporito (2) en el hemisferio derecho de un homicida afectado de epilepsia psíquica, cuyos afanes por destruir eran tales que el director del manicomio de Aversa encargó construir para dicho enfermo una celda especial; el mismo enfermo tenía desdoblada la segunda frontal y la ínsula visible al exterior. Broca (3) encontró también segmentada en tres porciones la circunvolución frontal ascendente del hemisferio izquierdo del asesino Prévost; lo mismo Marchi (4), y también en el hemisferio izquierdo, en el bandido Gasparone. En un ejemplar de la colección de cerebros de criminales del Museo de Psiquiatría y Antropología criminal de la Universidad de Turín, el surco prerrolándico (hemisferio izquierdo), neto y profundo, comunicaba por un surco terciario con la cisura de Rolando, al nivel del surco frontal inferior; por otra parte, el primer surco frontal se extendía, mediante una muesca muy profunda, por la circunvolución frontal ascendente, á la que interrumpía en la unión de los dos quintos superiores con los tres quintos inferiores, comunicando ampliamente con la cisura de Rolando. La frontal ascendente estaba, pues, dividida en tres segmentos (C. Tovo) (5).

(1) Flesch: Ueber Vrechergehirne. *Sitzungeber. d. Pys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1882. — Untersuchungen über Verbrechergehirne. Wurtzburg, 1882.—Zur casuistick anomaler Befunde am Gehirnen von Verbrechern und Sebstmodern. *Arch. fur Psych.*, t. XVI, pág. 689-697.

(2) F. Saporito: Su cinque cervelli di criminali alienati. *Rivista mensile di Prichiatria forense, Antrop. crim., ecc.*, año III, núm. 1.

(3) Broca: Le cerveau de l'assassin Prevost. *Bulletin de la Société d'Anthropologie*, 1880, pág. 233.

Cit. por G. Mingazzini: Sul significato delle anomalie della superficie dell'encefalo nei criminali. *Atti del Congresso di Roma*, 1894, vol. IV.—Véase también Mingazzini: Sopra 80, crani ed encefali di delinquenti italiani. *Rivista sperimentale di Medicina legale*, 1888, vol. XIV, fasc. 1-2.— El cerebro en relación con los fenómenos psíquicos. Turín, 1895.

(4) Marchi: Cervello di Gasparone. *Archivio di Prichiatria*, vol. IV, página 875.

(5) C. Tovo: Contributo allo studio della morfologia cerebrale nei delinquenti. *Archivio di Prichiatria, Antropologia criminale, ecc*, vol. XXVI, fascícule I-II, 1906. — Lecha-Marzo. Revista de Med. leg. y ciencias afines. *El Eco Medico-Quirúrgico*, año I, núm. 11, págs. 469-471, junio, 1906.

Foville (1) considera los cerebros que presentan la segmentación de la frontal ascendente como menos perfectos. F. Marimó la encontró tres veces (dos á la izquierda y una á la derecha) en 13 cerebros de delincuentes; por consiguiente, en mayor proporción que Flesch y Schwehkendieck.

En el cerebro de un loco perteneciente á nuestro laboratorio, el surco prerrolándico enviaba prolongaciones á la frontal ascendente, que la segmentaban casi completamente en tres porciones. En el hemisferio izquierdo de otro enajenado (véase la fig. 1), la segmentación es completa; el segmento inferior representa los dos cuartos inferiores de la circunvolución. El primer surco frontal co-

Figura 1.

munica con la cisura de Rolando, pasando por la frontal ascendente en la unión de sus dos cuartos superiores; la primera frontal nace del extremo superior de la parietal ascendente, y una de sus raíces, la inferior, interrumpe la cisura de Rolando. Es este un hemisferio curiosísimo: cuatro frontales por desdoblamiento de la segunda, los tres surcos paralelos centrales comunican con la silviana, falta la comisura gris, etc. (Véase para más detalles la casuística final).

Cisura de Rolando.—En esta cisura se han descrito también importantes anomalías, como son su interrupción, duplicidad, poca oblicuidad y frecuentes comunicaciones.

(1) Foville: Traité complet de l'Anat., de la Physiol. et de la patholog. du sistème nerveux cerebro-spinal. Paris, 1844.

La interrupción de la cisura de Rolando sería un indicio de menor desarrollo (Valenti) (1), pues los pliegues anastomóticos superficiales son más frecuentes en los cerebros de los animales inferiores. Esta hipótesis de Valenti es confirmada por Cunningham (2), al demostrar que en el embrión la cisura en cuestión se desarrolla por dos segmentos distintos : el superior da origen al tercio superior y el inferior á los dos tercios inferiores; Retzius (3) vió en el sexto mes de la vida intrauterina, en un tercio de los casos, la cisura de Rolando dividida en dos segmentos. Está, por consiguiente, demostrado que la interrupción de esta cisura indica menor desarrollo.

(Continuará).

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid. Oculista del Hospital general y Hospicio.

SUMARIO : I. Relaciones entre la neuritis óptica y las afecciones de los senos. — II. Ambliopía tóxica producida por el alcohol y el tabaco. — III. Peligros de la oftalmorreacción. — IV. Midriasis histérica.

I. En el 75 Congreso anual de la Asociación Médica Británica, el Dr. Henry Manning, de Chicago, hizo una comunicación sobre las relaciones que existen entre las neuritis ópticas y las afecciones de los senos. Un estudio bibliográfico muy concienzudo ha permitido al autor encontrar 100 observaciones de neuritis ópticas con afección de los senos.

Dichas observaciones prueban, aunque algunos autores no quieran admitirlo, que las sinusitis frontales y maxilares, lo mismo que las etmoidales y esfenoidales, pueden determinar la neuritis; ésta no es, por tanto, siempre una lesión del nervio por continuidad. Muchas intervenciones sobre los senos frontales y maxilares han pro-

(1) Valenti : Contributo allo studio delle circunvoluzioni cerebrali de l'uomo. Pisa, 1890.—Contributo allo studio delle scissure cerebrali. *Soc. toscana di Sc. nat.*, vol. XI, 1891.

(2) Cunningham : Contribution to the surface anatomy of the cerebral hemispheres. Dublin, 1892.

(3) Retzius : Das Menschenhirn. Stocolmo, 1896.

ducido la desaparición del edema y el aumento de la agudeza visual en algunos días (Richet, Despagnet).

La sinusitis aguda se manifiesta de ordinario por un coriza, acompañado de congestión, de sensación de plenitud y de secreción nasal verdosa. Pero este cuadro no siempre es completo y á veces se hace el diagnóstico por un simple coriza ó una secreción purulenta. Es tanto más difícil de reconocer la afección, cuanto que tiene tendencia á la curación espontánea.

La sinusitis crónica puede permanecer latente durante muchos meses ó años; se manifiesta por una exacerbación durante el invierno; el vértigo es frecuente, el dolor es poco intenso y á veces falta por completo, pero otras es intensísimo y se acompaña de vómitos.

La congestión nasal y la hinchazón de los cornetes medio é inferior son bastante característicos. Se han señalado igualmente trastornos de la musculatura externa del ojo y el dolor determinado por la presión sobre el globo ocular.

El autor, suponiendo que hay frecuentemente relación entre las afecciones del nervio óptico llamadas idiopáticas y las de los senos, ha examinado las fosas nasales en todos los casos de neuritis óptica que ha encontrado, y ha comprobado la existencia de sinusitis en 26 casos de 36. El desagüe del seno ocasionó mejoría de los síntomas oculares en 15 casos.

En otros 15 casos, aunque no ha mejorado la neuritis por el desagüe del seno, ha podido hacerse depender de la sinusitis. La neuritis había producido ya más ó menos atrofia y otras veces no se había empleado aquel tratamiento.

Se objetará que la neuritis es quizá atribuible á factores etiológicos que pasan desapercibidos; pero el autor hace notar que la sinusitis puede dar síntomas de neuritis bilateral, de vértigo y vómitos, que han hecho formular algunas veces el diagnóstico de tumor cerebral, diagnóstico que la autopsia no ha comprobado.

Por otra parte, son muy frecuentes las sinusitis latentes; muchos casos que han sido descubiertos en la autopsia después de escarlatinas, gripes y sarampión, hacen pensar que la atrofia óptica, atribuída á estas afecciones, tienen por causa directa sinusitis desconocidas. Debe suceder lo mismo en la sífilis (que tanto ataca á la nariz), en la erisipela y acaso también en la neuritis óptica hereditaria.

El autor cita también tres observaciones de glaucomas que han mejorado ó curado por el tratamiento de la sinusitis. Lapersonne,

Paquet y Germain han referido casos de glaucomas consecutivos á sinusitis maxilar.

Desbrières ha comprobado el aumento de la tensión ocular en dos casos de sinusitis. En un caso del autor, diagnosticado de glaucoma por varios oftalmólogos, había habido dolor frontal intenso, pérdida rápida de la visión y catarata secundaria en los dos ojos; el examen de las fosas nasales demostró una sinusitis bilateral. La variedad de tipos clínicos de sinusitis permite explicar quizá las formas tan variadas de glaucomas, desde la forma aguda hasta la crónica insidiosa.

La iridectomía que cura algunas veces el glaucoma agudo no es tan eficaz en el glaucoma crónico, porque nada puede hacer sobre la sinusitis No produce probablemente otro efecto que garantizar el ojo contra el ataque brusco de una sinusitis espontáneamente curable.

El eminente oftalmólogo Javal, que padeció ataques de glaucoma, señaló que á cada ataque experimentaba congestión de la fosa nasal derecha. Tal vez se tratase también en él de una sinusitis desconocida y curable por los medios apropiados. (*La Clinique Ophtalmologique*, enero, 1908).

II. El Dr. Poulard ha publicado un artículo interesante sobre la ambliopía tóxica producida por el alcohol y el tabaco. Los alcohólicos y los fumadores son atacados frecuentemente de una disminución progresiva de su agudeza visual, que muchas veces no es debidamente conocida por el médico á causa de ignorar su gravedad.

El autor establece primero la diferencia que existe, bajo el punto de vista funcional, entre la mácula y la parte periférica de la retina. La mácula sirve para ver distintamente los objetos que se miran, sirve para distinguir las letras de un libro que se lee ó el agujero de una aguja que se enhebra; el resto de la retina nos permite ver vagamente los objetos exteriores que rodean el punto de fijación.

Si la retina periférica falta, vemos, sin embargo, distintamente los objetos, pero los vemos como si los miramos á través de un agujero de una cerradura ó de un tubo estrecho. Vemos el objeto que fijamos, pero nada de lo que le rodea.

Si la retina central (mácula) falta, nosotros no vemos las letras de un libro, no podemos enhebrar una aguja, no distinguimos ya los objetos que miramos; sin embargo, gracias á la visión periférica, al campo visual, vemos todavía los objetos que nos rodean y circulamos libremente entre ellos.

Para el diagnóstico de la ambliopía alcohólico-nicotínica, el autor establece que el síntoma constante é infalible es: *la pérdida de la visión central con conservación de la visión periférica.*

La alteración de la visión central se manifiesta por la pérdida de la visión clara de los objetos fijados y al mismo tiempo por la pérdida de la visión de los colores, y especialmente del verde y del rojo.

El ojo no ve el color del objeto que fija, pero este color es visto cuando el objeto se coloca en el campo de la visión, fuera del campo de fijación. Los elementos nerviosos de la región macular, tan sensibles en el estado normal, son atacados de ceguera para uno, para varios ó para todos los colores. Hay *escotoma central* para el rojo, para el verde ó para todos los colores.

Puede existir un escotoma central no solamente para los colores (luz monocromática), sino también para el blanco. En este caso, el escotoma central se llama *absoluto;* hay ceguera de la región macular para todas las clases de luz (blanca ó monocromática).

Para buscar la acromatopsia ó la anopsia central, se coge una placa metálica ennegrecida que tenga en su centro un pequeño agujero circular ó cuadrado. El enfermo tiene un ojo cerrado y se coloca delante del otro, y á 50 centímetros de distancia, la placa negra, invitándole á fijar su orificio central.

Después se pasan detrás de este orificio papeles ú otros objetos, blancos, rojos, verdes, etc.

Si el verde solamente no es reconocido, hay ambliopía central ó escotoma central para el verde; si ninguno de los colores, ni aun el blanco, son percibidos, hay escotoma absoluto.

El verde es el primer color que desaparece; es menester, por tanto, empezar por este color el examen de la visión central. La *existencia de un escotoma central para el verde es patognomónico de la ambliopía alcohólica.*

Otro carácter del escotoma central es su bilateralidad; la ambliopía tóxica es bilateral.

Para asegurar la existencia de un escotoma central para un color determinado, conviene hacer la siguiente prueba: Se hace al enfermo fijar un dedo; mientras el ojo está fijado, se coloca la placa negra un poco fuera del punto de fijación; el papel blanco ó coloreado que no era visto cuando estaba en el punto de fijación, es entonces bien visto con su color real. Se produce en este caso un fenómeno verdaderamente curioso: el enfermo ve mejor el objeto coloreado cuando no le mira.

Los trastornos que ocasiona la ambliopía tóxica varían según las ocupaciones del que la padece. Una persona que lee mucho, está muy molesta por la pérdida de la visión central que sirve para distinguir las cifras y las letras impresas. Un relojero no puede desempeñar su oficio. Un agricultor ó un cochero pueden, sin gran dificultad, seguir desempeñando su profesión, porque conservan su visión periférica, que es la más importante para ellos.

En suma: la ambliopía tóxica hace perder la visión clara de los objetos (visión central), pero deja intacta la visión periférica. Por esta razón, si la ambliopía tóxica disminuye, la visión no la suprime por completo.

El diagnóstico de la ambliopía tóxica se funda en la existencia de un escotoma central, bilateral, sobre un color (verde) ó sobre el blanco.

El diagnóstico entre la intoxicación producida por el tabaco y la producida por el alcohol, solamente puede establecerse por los conmemorativos. Por lo demás, estos dos venenos están, en general, asociados para producir la intoxicación.

La evolución de la ambliopía tóxica es lenta y progresiva, y no retrocede sino lentamente cuando cesa la intoxicación.

La supresión del alcohol y del tabaco basta para curar la afección; sin embargo, cuando la agudeza visual ha sido fuertemente atacada, no puede esperarse sino un resultado incompleto. (*Le Progrès médical*, núm. 10, 1908).

III. El Dr. Trousseau ha publicado un trabajo sobre los peligros que tiene para el ojo la oftalmorreacción, los cuales deben señalarse para evitar los contratiempos que puede traer su empleo. Que los prácticos piensen en su responsabilidad, que no se sirvan de este medio más que después de advertir á los interesados los inconvenientes y los peligros que le puedan acarrear.

Los casos que se han relatados deben inspirar alguna inquietud. El autor no cree que los casos desgraciados sean en número suficiente para abandonar el método, pero sí para restringir su uso á los casos en que el diagnóstico ofrezca mayor interés.

La no infalibilidad del método es un argumento más para que no se abuse de él.

Después de la instilación en la conjuntiva de una gota de la solución de tuberculina, si la reacción es positiva, aparece al lagrimeo á las cinco horas, á las siete ú ocho horas, la conjuntiva se hiperemia, segrega, los fenómenos inflamatorios llegan á un máximum á

las doce ó veinte horas, y después todo entra en orden. Esto es lo que pasa con más frecuencia.

Sin embargo, la reacción puede ser muy violenta y persistir durante algunos días; así Comby, sorprendido por estos hechos, ha recomendado la solución débil al $^1/_2$ por 100. Este es el primer consejo de prudencia que se ha dado.

La conjuntivitis producida por la tuberculina puede revestir cierta gravedad, como la ha observado el autor. Un niño de siete años tuvo en mayo, después de un sarampión, una conjuntivitis flictenular que cedió en seis días con la pomada de óxido amarillo de mercurio. Este niño tuvo á principios de noviembre una ligera bronquitis, que le retuvo cuatro días en cama.

Los padres del niño rogaron al médico que asistió la bronquitis intentara la reacción de Calmette. Esta fué de una violencia extrema y acompañada de secreción abundante y de hinchazón de los párpados. A los veintiún días llevaron al niño al Dr. Trousseau y consiguió curar la conjuntivitis. Iba á dar de alta al niño cuando se presentó una conjuntivitis flictenular intensa, por lo que el autor cree que la tuberculina ha despertado la predisposición fatal de la conjuntiva para padecer dichas pústulas.

Pero lo peor es que los padres están persuadidos de que su hijo es tuberculoso y el médico afirma que no encuentra ningún síntoma clínico de tuberculosis y que el estado general es satisfactorio.

El Dr. Kalt ha referido á la Sociedad de Oftalmología de París (sesión de 8 octubre de 1907) hechos más graves. Ha presentado un hombre de cuarenta y seis años atacado desde abril último de iridocoroiditis del ojo derecho y de escleroqueratitis del izquierdo. La instilación de tuberculina al 1 por 100 fué seguida de hiperemia de la conjuntiva, pero los días siguientes la infiltración de la esclerótica y de la córnea aumentó de un modo considerable en el ojo que había sufrido la instilación y la visión quedó reducida á la percepción luminosa; en el otro ojo no hubo reacción.

Refirió igualmente que en un niño atacado de iritis tuberculosa la instilación de tuberculina ocasionó á los ocho días un brote serio que, dada la evolución benigna de la enfermedad, no era de preveer. A juzgar por otro caso que el autor tiene en observación, cree que en casos de tuberculosis ocular la instilación de tuberculina conduce á fatales resultados.

Ultimamente el autor fué llamado en consulta para una niña que ya había visto algunos meses antes atacada de tuberculosis con-

juntival. A pesar de que el diagnóstico por biopsia y por la inoculación había sido formal, se tuvo la mala idea de instilar la tuberculina al $^1/_2$ por 100 solamente. La reacción fué violenta y duró ocho días, después de los cuales los focos tuberculosos, hasta entonces limitados, habían invadido la totalidad de la mucosa; el 12 de diciembre, un mes y medio después de la desdichada maniobra, apareció un tubérculo en el iris, todavía indemne á fin de noviembre.

El autor cita igualmente otro caso de iritis tuberculosa fuertemente agravada por una instilación seguida de una reacción casi nula.

Una señora de cuarenta y cinco años, atacada de iridocoroiditis doble, estando en tratamiento de esta enfermedad, sin causa apreciable, empezó á toser. Se la sometió á la reacción de Calmette, que ocasionó un brote violento de iridocoroiditis en el ojo en que se instiló la tuberculina, mientras que su congénere conservó su *statu quo*. La visión del ojo sometido á la instilación bajó de $^1/_{10}$ á la simple percepción luminosa.

El autor había curado con gran trabajo, quedando leucomas poco apreciables, una niña de doce años, asistida durante dieciocho meses por una doble queratitis parenquimatosa claramente heredosifilítica. La curación se sostenía desde hacía un año y la niña había emprendido de nuevo sus estudios y trabajos. En octubre último tuvo una hidrartrosis (sabido es la frecuencia de la hidrartrosis en los heredosifilíticos), que fué atribuída por el médico que la trataba á un tumor blanco tuberculoso, aunque faltaban todos los síntomas de tuberculosis. El médico instiló en el ojo derecho dos gotas de tuberculina al 1 por 100. La reacción no duró sino cuarenta y ocho horas, pero seis días después la queratitis reapareció de dicho lado muy intensa y peligrosa; á los dos meses de estarla tratando el autor, la córnea está vascularizada, la visión está abolida, sin haber podido obtener mejoría alguna. El otro ojo sigue intacto.

Todas las observaciones citadas merecen una seria atención y debe aconsejarse gran prudencia en el empleo de la oftalmorreacción. (*La Clinique Ophtalmologique*, núm. 2, 1908).

IV. El Dr. Sauvineau se pregunta si existen trastornos pupilares histéricos, y en particular si existe la midriasis de esta naturaleza, es decir, la parálisis del esfínter del iris caracterizada por una dilatación pupilar más ó menos considerable, pero siempre acompañada de inmovilidad de la pupila, que la hace insensible á sus excitantes naturales, la luz y la convergencia.

El autor estima que la pregunta debe resolverse por la negativa. Ha tenido ocasión de observar muchos casos en que una tal midriasis ha podido atribuirse con alguna verosimilitud á la histeria, y sin embargo, la marcha de la afección ha demostrado claramente que este diagnóstico había sido erróneo. El mecanismo de este error es el que expone el autor, persuadido de que se podría encontrar uno análogo en los casos de midriasis histérica, publicados hasta aquí; presenta en apoyo de su opinión tres observaciones características.

Según Sauvineau, *la midriasis con abolición del reflejo luminoso es característica de una lesión orgánica y debe ser suficiente para desistir del diagnóstico de midriasis histérica.*

Aunque en los casos de esta clase no se observa al principio ninguna alteración del fondo del ojo, no se tarda, si se continúa observando los enfermos, en ver aparecer la atrofia pupilar descendente consecutiva á una lesión del nervio óptico.

Pero en la histeria no existen lesiones ni en la vía sensorial ni en la vía motriz. La percepción luminosa se conserva sin que el enfermo tenga de ella conciencia, y provoca el reflejo luminoso que se produce en estos casos como en el estado normal.

Así no se observa en la histeria ni la midriasis paralítica verdadera (lesión de las fibras motrices centrífugas), ni la midriasis pseudoparalítica producida por una amaurosis unilateral (lesión de las fibras centrípetas sensoriales).

Estas dos formas de parálisis claramente diferenciadas entre sí por las modificaciones de los reflejos consensuales no forman parte de la sintomatología de la histeria. (*La Clinique Ophtalmologique*, número 1, 1908).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 20 y 27 de Junio de 1908 (1).

Tuberculoma del pedúnculo cerebral.—El Dr. *Fernández Sanz* (Corresponsal) expone el siguiente caso clínico, anunciando que va á fijarse especialmente en los resultados del examen necrópsico. Un niño de ocho años enfermó en noviembre de 1906 de parálisis y contractura de los miembros derechos y de oftalmoplegia izquierda; estos síntomas se agravaron progresivamente, se alteró el estado mental, sobreviniendo excitación y delirio y fiebre irregular de exacerbación vespertina; se presentaron también trastornos oftalmoplégicos en el ojo derecho y más tarde alteraciones bulbares. Con todos estos síntomas y con intensos fenómenos de meningitis, el enfermito falleció el 20 de junio del año pasado. La autopsia reveló la existencia de un tubérculo solitario en el pedúnculo cerebral izquierdo, de un reblandecimiento que interesaba á ambos pedúnculos, á la protuberancia y al bulbo, y de una muy discreta reacción meníngea, no ofreciendo caracteres específicos, ni ésta ni el reblandecimiento encefálico.

Como comentario á la parte clínica de la observación, añade que en la evolución de la enfermedad se tradujo la marcha expansiva ó invasora de la lesión, que al principio produjo el síndrome de Xeber puro ó parálisis alternas de tipo superior, por alteración del pié del pedúnculo cerebral izquierdo; más tarde, extendiéndose el proceso á las regiones vecinas, aparecieron síntomas propios de la calota peduncular, del pedúnculo del otro lado, de la protuberancia y del bulbo; al síndrome de Xeber se agregaron, pues, en el curso de la afección, fenómenos pertenecientes al síndrome de Benedikt y al de la calota, así como otros de origen bulbar y meníngeo, formando su conjunto un cuadro clínico muy complicado. Fué una sorpresa de autopsia la relativa integridad de las meninges que contrastaba con los típicos síntomas meningíticos observados en vida (excitación, delirio, contracturas, etc.), lo que demuestra que no siempre están exactamente en proporción directa la intensidad de las manifestaciones clínicas y la de las lesiones anatómicas.

El tuberculoma estaba situado en la parte infero-interna del pedúnculo cerebral izquierdo, interesando á la parte anterior de la protuberancia y á la postero-interna del pedúnculo derecho; era como una nuez, de superficie irregular, duro, de sección homogénea, sin degeneración caseosa, pareciendo más bien un fibroma ó un fibrosarcoma que una formación tuberculosa. Microscópicamente se mostró constituído por una densa infiltración

(1) Últimas del presente curso.

de células redondas con folículos tuberculosos en número escaso y de estructura atípica la mayoría de ellos, pues constaban sólo de una célula gigante central y de una corona de células redondas, observándose sólo en muy contados de ellos la zona intermedia de células epiteliales.

El diagnóstico anatomopatológico del tuberculoma y del goma sifilítico del encéfalo, ofrece en ocasiones serias dificultades; los caracteres distintivos más importantes son los siguientes: el tuberculoma suele asentar en plena substancia cerebral y el goma en la proximidad de las meninges, de las que deriva; aquél alcanza mayor tamaño que éste y tiene por sitios de elección el cerebelo y la región pedúnculopositiva, mientras que el goma es raro en estos territorios y frecuente en la corteza cerebral, sobre todo en la frontal y rolándica; la caseificación tiene en ambos procesos los mismos caracteres intrínsecos, pero su distribución es distinta, pues en el tuberculoma existe una masa caseosa central rodeada de una zona en evolución, mientras que en el goma las partes caseosas y las activas están irregularmente mezcladas. Pero los rasgos diferenciales histológicos más importantes son la presencia en el goma de abundantes vasos con lesiones sifilíticas en sus paredes y su tendencia á la esclerosis cicatricial, quedando á menudo reducido á un diminuto nódulo fibroso; en el tuberculoma faltan los vasos y no se observa en él retracción fibrosa.

Tumor del cerebelo.—El mismo Dr. *Fernández Sanz*, cumpliendo la promesa hecha en la sesión de 21 de marzo último, vuelve á traer á la Academia al enfermito de tumor cerebeloso, presentado en aquella sesión, para dar cuenta de la intervención quirúrgica y del ulterior curso del proceso. El 24 de marzo practicó el examen röntgenoscópico, que no dió ningún dato de interés, y la punción lumbar, que dió salida á enorme tensión, á chorro continuo, proyectado horizontalmente, al líquido cefalorraquídeo, límpido, extrayéndose 10 centímetros cúbicos; analizado, se hallaron en él células endoteliales y algunos linfocitos. No habiendo obtenido ningún resultado ostensible por la medicación yodurada y habiendo empeorado algo la situación del enfermo por la punción lumbar (que se hizo ante todo con un fin diagnóstico), se procedió á la operación, que la practicó el Dr. Berrueco el 31 de marzo; tallado sobre la región occipital izquierda un amplio colgajo cutaneo-musculo-aponeurótico de base inferior, se puso al descubierto el hueso, que se encontró notablemente alterado en una zona circunscrita del tamaño de un duro, situado en la parte media, inmediatamente por detrás de la protuberancia occipital externa; en esta zona estaba el hueso abombado, de color obscuro, friable y espontáneamente perforado en varios puntos, brotando copiosamente sangre por estos orificios; la hemostasia fué muy difícil y larga, se trepanó sobre la fosa cerebelosa izquierda, encontrando al hueso tan delgado como si fuera cartulina y apareciendo la duramadre sana, muy tensa, sin latido; se hizo una punción subdural é intracerebelosa sin resultado y se incindió la duramadre, haciendo irrupción por la abertura al hemisferio cerebeloso, al parecer sano; se intentó atacar el tumor por la zona de hueso alterado, pero sangraba ésta tan abundantemente no bien se le tocaba, que en vista de ello, de la profusa hemorragia previamente sufrida y del mal estado del pulso, se decidió suspender la operación, dejando constituída una voluminosa hernia del

cerebelo en el lado izquierdo. El curso postoperatorio fué excelente en lo que al estado general y al curso de la herida quirúrgica se refiere, pero los síntomas cerebelosos se agravaron hasta el punto de ser la asinergia tan exagerada que el enfermo no podía incorporarse en la cama, ni menos andar sin ayuda ajena y de estar la diadococinesis totalmente abolida en el miembro superior izquierdo.

Para procurar el alivio de estos síntomas, verosímilmente debidos al trastorno de las funciones del cerebelo producido por la trepanación descompresiva *unilateral*; para intentar nuevamente la extirpación de la neoplasia, caso de que fuera más accesible por el lado derecho que por el izquierdo, y para corregir una intermitente pérdida de líquido cefalorraquídeo, posible riesgo de infección meníngea, que había quedado como reliquia de la primer operación, el Dr. Berrueco practicó una segunda intervención el 24 de abril; se talló el colgajo sobre la región occipital derecha, se encontró el hueso en el estado ya descrito, la hemorragia por las perforaciones óseas espontáneas fué más copiosa y difícil de dominar que la vez anterior y el pulso se debilitó de tal modo que hubimos de limitarnos á practicar rápidamente una trepanación descompresiva en la fosa cerebelosa derecha, con incisión de la duramadre, que no latía, pero estaba menos tensa que en el lado derecho. En esta nueva trepanación no se formó hernia del cerebelo. El curso postoperatorio fué también inmejorable, y como á pesar de haberse atenuado los síntomas generales de compresión cerebral continuaban siendo muy intensos los trastornos cerebelosos, considerando agotados los recursos quirúrgicos decidí someter al enfermo, dice el Dr. Fernández Sanz, á la acción de los rayos Röntgen; me alentaron á ello las observaciones de Babinski, Hermann, Rouzoni, Beaujow, Chermitte y otros (eficacia de la röntgenoterapia en el tratamiento de endoteliomas de la duramadre, siringomielia, paquimeningitis, etc.), y el resultado ha sido muy satisfactorio, pues en la actualidad, después de mes y medio de tratamiento con los rayos Röntgen (una sesión de veinte minutos cada cuatro días, con 120 voltios y tres amperios en el circuito primario, chispa equivalente de 15 centímetros, interruptor Webnelt), puede establecerse del modo siguiente el balance de las ventajas conseguidas: mejoría considerable del estado general, desaparición de las crisis cerebelosas, de la cefalalgia y de los vértigos; alivio notable de las lesiones del fondo del ojo, habiéndose disipado el éxtasis papilar y aumentado la agudeza visual de $^1/_8$ á $^1/_3$ en el ojo izquierdo y de $^1/_4$ á $^1/_3$ en el derecho; las pupilas son ahora iguales en dilatación media y reaccionan ambas vivamente á la luz, disminución en la tensión del líquido cefalorraquídeo, demostrada por una nueva punción lumbar. Mejoría de los síntomas funcionales cerebelosos, tan completa, que de ellos sólo quedan algunos vestigios difíciles de descubrir en el miembro superior izquierdo (asinergia muy directa, ligera perturbación de la diadococinesis). Por último, *desaparición gradual de la hernia cerebelosa*, que á raíz de la segunda operación era del tamaño de un huevo de pava y ahora es apenas como un garbanzo. Termina el Dr. Fernández Sanz ofreciendo dar cuenta á la Academia del curso ulterior de este caso.

Cuerpos extraños en el esófago y el aparato respiratorio. — El Dr. *Espina* presenta dos casos prácticos observados en el Hospital general. El uno

se refiere á una niña de nueve años que se había tragado, hace tres semanas, una moneda de cinco céntimos. Diagnosticado por la radioscopia, se extrajo inmediatamente la moneda por la esofagostomía, recobrando la enferma su estado normal, durando diecisiete minutos toda la intervención.

El otro caso ha recaído en un niño que, operado de pleurotomía, tuvo la desgracia de que penetrase el tubo de desagüe en el aparato respiratorio. Hecho el diagnóstico por la radioscopia, se practicó acto seguido la operación, con el resultado más feliz.

Peligros de las inyecciones de fosfato de creosota.—El Dr. *Espina* dice que en la difteria, en la neumonía, gripe y en otros estados morbosos, se han presentado parálisis cuya patogenia es obscura; que lo mismo sucede después de las inyecciones del suero antidiftérico y del cinamato de sosa; que esas parálisis pueden ser bacterianas, por bacterias solas ó asociadas, entre las cuales deben incluirse las tuberculosas; que las toxinas pueden engendrar parálisis centrales y periféricas; que los estudios sobre la rabia tienen aplicación á la cuestión que se discute; que la creosota ha dado menos resultado en las tuberculosis que el cinamato de sosa, y que es difícil discernir si las parálisis son debidas al medicamento, al microbio patógeno ó á sus productos.

Peritonitis puerperal purulenta.—El Dr. *Cospedal* manifiesta, á propósito de este asunto, que al leer el acta, porque no había tenido el gusto de escuchar la exposición del caso, le había parecido extraordinario que al cuarto ó quinto día después del parto existiera un abombamiento en la vagina, cuya incisión había dado 60 ú 80 gramos solamente de serosidad turbia, sucia, que produjo un alivio momentáneo; y que á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después la laparotomía media diera salida á 4 litros de pus absolutamente formado, en oleada, como si se tratara de una colección enquistada, por lo cual pensaba el Dr. Cospedal si se trataría, aunque no pudiera justificarse bastante bien, de una colección defendida ya por exudados peritoneales más que de una peritonitis difusa. De todas suertes el caso le parecía extraordinario. Añade que no había tenido, por fortuna, ocasión de tratar en su práctica particular complicaciones puerperales supuradas del peritoneo análogas al caso que se discutía, pero que no le faltaban recuerdos de casos vistos en el hospital en puérperas después de abortos, ingresadas en el mismo para tratamiento de complicaciones graves que le habían servido de enseñanza, y tampoco carecía de casos de complicaciones peritoneales de laparotomías hechas con motivo de procesos ginecológicos, que le permitían afirmar que el diagnóstico de las peritonitis purulentas difusas, puerperales ó no, se halla dificultado, y no es, por tanto, fácil establecer la indicación quirúrgica, que es el motivo principal de la presentación del caso actual.

Desde luego tenía que afirmar que hay dos formas de peritonitis completamente distintas: una que no permite la práctica de la laparotomía por la rapidez con que se suceden los fenómenos hipertóxicos, que matan á las enfermas en el espacio de veinticuatro á treinta y seis horas, y que se hallan constituídas esencialmente por una discordancia extrema entre la temperatura y el pulso y por una perturbación profundísima de los centros nerviosos sensoriales, hasta el punto de que las enfermas con temperaturas

de 38° ó menos, con pulso de 160 ó más, con escasos signos locales de peritonitis, con inquietud, locuacidad, mueren en pocas horas diciendo al médico que se encuentran perfectamente y que no sienten trastornos de ningún género; y otra forma, en que los signos y síntomas no son tan desarmónicos, puesto que con escalofrío, temperatura de 40° rápidamente alcanzada y pulso de 110 á 120 pulsaciones, coincide un dolor, á veces violento, en el abdomen, especialmente en las fosas ilíacas, con reflejos peritoneales de náuseas, vómitos biliosos, porráceos, hipo, cara descompuesta, de sufrimiento, y, á veces, de fluctuación abdominal percibida por el vientre y hasta por la vagina, que constituyen otra serie de casos muy graves, pero no tanto como los anteriores, que duran mucho más tiempo, que pueden terminar por la muerte y que terminan muchas veces, pero que permiten establecer y realizar la indicación quirúrgica de laparotomizar, de dar salida directa al pus formado en la serosa peritoneal.

Pero aun estos mismos casos, que parecían bastante bien definidos y diferenciados, no lo están en realidad, pues, añadía el Dr. Cospedal, he tenido ocasión de practicar alguna autopsia de casos semejantes sin encontrar pus en esta segunda serie de casos y, por supuesto, sin encontrarlo nunca en los casos de la primera serie, donde sólo he hallado el vientre más bien plano, el peritoneo rojo en casi toda su extensión, con exudados muy ligeros, no purulentos, con formación de defensas y de pseudomembranas laxas que aglutinaban suavemente los órganos pelvianos y los intestinos entre sí.

Litiasis vesical. — El Dr. *Pulido y Martín* (Corresponsal) comunica un caso de litiasis vesical, que ha producido un cálculo de gran tamaño, y ha recaído en un sujeto que, habiendo hecho uso de una disolución de permanganato potásico para combatir una uretritis, se vió afectado de gran inflamación uretral, con retención de orina, que arrojaba gota á gota, y además se presentaron dos fístulas. Fué sometido á diversas intervenciones quirúrgicas, entre ellas la uretrotomía interna, sufriendo retención completa de orina desde hacía seis años y necesitando hacer uso de la sonda cada media hora. Explorado el enfermo por dicho señor, haciendo uso del explorador núm. 19, la uretra estaba franqueable y se tocaba el cálculo, que se demostró por la radiografía y decidiéndose por practicar la talla hipogástrica, que dió excelente resultado.

Antes de ser operado, el enfermo tomaba diariamente 50 centígramos de morfina, y ahora sólo toma dos centígramos. Hecha la cistoscopia, la vejiga presenta una depresión en forma de embudo en la parte superior; la orina era sumamente fétida antes de la intervención quirúrgica y contenía leucocitos y diversos bacilos, y que en otro cálculo que tenía la forma de calabaza de peregrino, ejecutó la talla perineal por ser preferible en tal caso á la hipogástrica.

Peritonitis puerperal supurada. — El Dr. *Cospedal* reanuda su interrumpido discurso de la sesión anterior y, después de recordar ligeramente lo manifestado en aquélla, continúa diciendo que le había parecido no completamente ajustado á la verdad el aserto del Sr. Conde de San Diego, quien había dicho que apenas existían recursos para tratar esta clase de complicaciones fuera de los quirúrgicos, y el Dr. Cospedal decía que había tenido varias veces ocasión de hallar cuadros clínicos, en puérperas y en operadas de afectos ginecológicos,

muy semejantes á los descritos, citando, al efecto, dos más recientes ocurridos uno después de un aborto, otro después de un parto normal, en enfermas vistas por él en junta, con la satisfacción de haber curado éstas, y varias otras anteriores, con inyecciones de morfina, aplicación constante de hielo al vientre é inyecciones subcutáneas de suero, además de la medicación apropiada intrauterina; casos que corroboran, primero la positiva dificultad de establecer un diagnóstico exacto respecto de la formación del pus y respecto de la difusión de la inflamación, y segundo, que no puede afirmarse rotundamente que no existen otros recursos terapéuticos que los quirúrgicos, sin perjuicio de que, en este caso particular, el Dr. Cospedal piensa, como sus compañeros, que, una vez establecido el diagnóstico de peritonitis purulenta, la indicación de dar salida al pus prontamente, mediante la abertura abdominal, era urgente y, por tanto, la mejor; pero rechaza absolutamente la punción exploradora en casos de este género, que alguien ha practicado, así como no le parecía tampoco buena práctica la de la punción aspiradora como tratamiento, porque la referida punción, como curativa, está ya juzgada de mala práctica, sobre todo en afectos supurados de una cavidad de las condiciones de la abdominal. Indica, pues, que la buena práctica en casos así exige la intervención directa por abertura abdominal para establecer uno ó más desagües necesarios, que permitan la salida de las nuevas formaciones purulentas, mostrándose contrario también á los lavados de la cavidad abdominal, aunque fuere con suero, porque entiende que el fin terapéutico de estos lavados del vientre es más ilusorio que real, y pueden convertirse en perjudiciales, porque el suero, ó cualquiera otro líquido adecuado, probablemente se convertirá en vehículo para transportar y difundir la infección desde los puntos enfermos á otros que no lo estuvieran aún.

Para terminar, el Dr. Cospedal indica que con ser la abertura abdominal, en los casos precisos de que se trata, el recurso eficaz para salvar la vida de las puérperas, tampoco puede presentarse como una solución absolutamente salvadora, ni mucho menos simple y segura, pues presentada de este modo, la enferma, su familia y el médico mismo podrán tener el disgusto de no llegar á la curación, porque es frecuente, primero, que la operación no dé resultado y, segundo, que si le da en cuanto á salvar el compromiso vital en que se halla la puérpera, quede ineficaz en cuanto á la curación definitiva, pues las enfermas, con trayectos fistulosos que supuran constantemente, reveladores de la peritonitis purulenta, continúan en un estado valetudinario durante muchos meses.

El Dr. *Ribera* consigna que después de la laparotomía mueren no pocas operadas por bronconeumonía, y otras de afectos relacionados con el peritoneo, encontrándose entre éstas la peritonitis clásica, y algunas en que no hay dolor, pulso más frecuente ó hipotermia; que la infección peritoneal puede ser por septicemia y por peritonitis y que el análisis de la sangre nos dirá si hay ó no pus, y que en la septicemia disminuyen los leucocitos.

El Dr. *Recasens* sostiene la necesidad de diagnosticar los diversos estados puerperales, que varían notablemente y recuerda las teorías que han dominado en la ciencia sobre este asunto; asegura que en un proceso perimétrico no está indicada la laparotomía, sino la colpotomía, é insiste en que los medios quirúrgicos están indicados en la peritonitis puerperal supurada, y de ningún modo en las hipertóxicas. Después manifiesta que los legrados uterinos son

perjudiciales é irracionales en la infección puerperal, y con especialidad en la estreptocócica; que sólo admite el legrado evacuador, que es un medio de limpieza; que cuando no basta la colpotomía, hay que abrir el vientre con incisiones amplias, estableciendo el desagüe necesario; que las peritonitis difusas no dejan de ser frecuentes, aunque no se diagnostiquen; que dicha enfermedad producía una mortalidad de 90 por 100, y ahora se obtiene el 50 por 100 de curaciones, y que con el legrado se agrava la situación si existe pus.

El Dr. *Isla* empieza recordando la epidemia de fiebre puerperal que se padeció en la Casa de Maternidad de esta Corte en 1880 y 1881, y que produjo gran mortalidad; habiéndose manifestado por alteraciones en la temperatura, pulso frecuente y cara contraída, y empleándose, entre otros medios, el redaño de carnero. Consigna después que á la formación del pus acompañaba la frecuencia del pulso y la hiper ó hipotermia; que la colpotomía y la laparotomía pueden estar indicadas, según los casos; que la punción evacuadora con el trócar aspirador de Potain, puede ser un gran recurso, citando un caso reciente, en que extrajo 800 gramos de pus, salvándose la enferma; que en los casos de infección tóxica, en que se halla serosidad pútrida, tal tratamiento no ha de ser local, sino general, y antitóxico ó antimicrobiano, habiéndole dado excelentes resultados el suero oxigenado caliente, en inyecciones intravenosas, subcutáneas y peritoneales, porque dicho modificador llega á la sangre, al gran simpático y al plexo solar, provocando la leucocitosis y demás defensas orgánicas, y que cuando llega el caso, debe apelarse á la colpotomía posterior ó á la laparotomía.

El Dr. *Cospedal* rectifica brevemente, diciendo al Dr. Ribera que, ó habían variado completamente los fundamentos sobre que se apoya el concepto moderno de las inflamaciones y de su etiología, ó no comprendía él esa misteriosa diferenciación que se empeñaba el Dr. Ribera en mantener contra la lógica y contra los hechos, pues no se explicaría cómo una infección peritoneal, de la cual el Dr. Ribera quiere hacer una entidad distinta, se diferencia de una inflamación peritoneal que termina por supuración y que para el Dr. Ribera son dos cosas absolutamente contrarias. Pues el Dr. Cospedal decía, que ambas, la infección peritoneal, como la peritonitis supurada, son inflamaciones del peritoneo, pero con la única diferencia de que la primera es tan hipertóxica que mata á la enferma mucho antes de que en la evolución de la inflamación haya podido formarse pus, mientras que en la segunda, siendo la misma la infección y la inflamación, su virulencia etiológica es incomparablemente menor y permite que, continuando viviendo las enfermas, pueda llegar la fase de formación purulenta, defendida ó coleccionada, para constituir lo que se llama peritonitis purulenta, que no puede ser nunca distinta de la infección peritoneal, puesto que los agentes microbianos que la producen son solamente diversos por su toxicidad, y la serosa peritoneal, campo de reacción contra aquellos agentes, no varía; en uno y en otro caso es la misma. No admite, pues, el Dr. Cospedal la diferencia que trata de establecer el Dr. Ribera.

A propósito da la diversidad de procesos infecciosos puerperales en que se había ocupado el Dr. Recasens, manifiesta el Dr. Cospedal que le parecía innecesario hablar acerca de ellos, pues que el caso de discusión era exclusivamente de peritonitis supurada y hubiera deseado el Dr. Cospedal que, tanto el Dr. Recasens como el Dr. Isla, en vez de extenderse en otras consideraciones

muy interesantes pero no pe tinentes, hubieran precisado los síntomas y signos mediante los cuales pueda establecerse el diagnóstico seguro de peritonitis supurada, á fin de no dudar en casos semejantes; pero aprovechaba la ocasión para manifestar respecto de la legración uterina, como tratamiento de las infecciones endouterinas, que era opuesto á ella porque entendía, y así se lo había demostrado la práctica, que era más perjudicial que útil realizada muy próxima al parto, así como la consideraba de una positiva y verdadera utilidad cuando, habiendo pasado el período agudo, habiéndose empleado la medicación intrauterina persistentemente y cesado los peligros del estado agudísimo de la infección, se empleaba para sanear el endometrio de restos ovulares y placentarios adheridos al mismo que mantenían una infección, aunque escasa y bien tolerada, importante, y que originaban otros peligros, dando lugar á estilicidios, pérdidas de sangre ligeras, pero continuadas, que la legración uterina, en esos casos y en esa oportunidad, domina y anula completamente mejor que ningún otro recurso.

En resumen, dijo el Dr. Cospedal: Todos estamos de acuerdo en que la indicación racional y científica enfrente de las peritonitis puerperales supuradas es la abertura de la cavidad abdominal para extraer directamente el pus; pero dadas las dificultades del diagnóstico, la gravedad de estos casos puerperales y las consecuencias posibles de persistencia de las lesiones, á pesar de la intervención, conviene que todos trabajemos para puntualizar estrictamente el diagnóstico de la peritonitis puerperal purulenta á fin de establecer y cumplir la indicación quirúrgica y nos ocupemos después personalmente en la curación del proceso para no dar prematuramente por curadas á estas enfermas.

El Dr. *Cortejarena* se lamenta de las dificultades del asunto, y de las contradictorias opiniones que sobre él se sostienen; y respecto al legrado uterino, manifiesta que sólo había practicado uno por decisión de otros compañeros, muriendo la enferma.

PERIÓDICOS

Un caso de condroma de la mano. — El Dr. D. T. R. de Mata publica el caso siguiente en la *Revista Médica Salmantina:*

«Son los condromas tumores que se presentan rara vez á la observación y por ello tiene interés el reseñar los casos que se presentan en la práctica.

En el mes de julio próximo pasado tuve ocasión de observar uno que se operó en este Sanatorio por el Dr. Quintana, con su habilidad y pericia acostumbradas. De este caso me voy á ocupar brevemente.

El tumor, multilobulado, asentado en la cara dorsal de la mano izquierda de una mujer de veintiocho años, se había presentado hacía ya mucho (doce) y había seguido un desarrollo muy lento, sin producir, por otra parte, molestia alguna. Tenía el volumen de un huevo de paloma ó algo más y parecía libre de los tejidos ambientes, correspondiendo á los metacarpianos 4.° y 5.° y produciendo la correspondiente deformidad.

La operación, que fué muy sencilla, consistió — previa anestesia cloro-

fórmica — en una incisión longitudinal paralela al 4.° metacarpiano y como de cinco centímetros de extensión; se puso de este modo al descubierto el tumor, que se fué aislando con facilidad de los tejidos ambientes; estaba dividido en dos porciones aisladas é independientes entre sí, de las cuales la más voluminosa tenía adherencias con el 4.° metacarpiano, que hubo que raspar, quedando una amplia superficie ósea al descubierto.

Se acabó de extirpar sin más dificultades, suturándose la herida, sin desagüe. A los tres días se hizo la primera cura, quitándose la sutura á los ocho y marchando la enferma perfectamente curada el mismo día.

La reproducción de estos tumores no es de esperar, sobre todo cuando son puros (condromas de Virchow), hecho que ya había sido notado por Billroth; sin embargo, independientemente del carácter de malignidad propio que es producido por asociación del tejido cartilaginoso, con los conjuntivo-embrionarios (variedades mixocondroma, condrosarcoma, mixocondrosarcoma, etc.), puede producirse la recidiva local, siempre benigna, cuando no ha sido extirpado el tumor en su totalidad ó quedan nódulos neoplásicos aislados que evolucionan ulteriormente, pero siempre de tipo benigno; nada de esto es de temer en nuestro caso, en primer lugar, porque se trataba de un condroma típico, y además porque la extirpación fué completa.

Estos tumores tienen á veces una particularidad que ya hizo notar Recklinghausen, y es la coincidencia frecuente de condromas múltiples con tumores vasculares (telangiectasias) también múltiples; en nuestro caso no había nada de esto.

Posteriormente he tenido ocasión de observar otro caso de condroma que asentaba en la mano, sitio, como se sabe, el más frecuente de su localización; deformaba el dedo gordo de la mano derecha en forma de maza. Se le propuso al enfermo la intervención, que no aceptó, pues no le producía molestias, y además estaba en cierto modo orgulloso con la posesión de su tumor, que le diferenciaba de los demás hombres». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones del 16 y 23 de Junio de 1908.

Las lavanderas y la tuberculosis. — El Dr. Landouzy (*Conclusiones*): *A.* El oficio de lavandera conduce fácilmente á la tuberculosis.

B. Las lavanderas, al hacerse tuberculosas, infectan su vivienda, creando focos que pueden tuberculizar á los que habiten después en ella. De este modo se engendra y propaga la tuberculosis en los arrabales de París,

contribuyendo á ello la falta de declaración de las muertes por tuberculosis y la de desinfección de las viviendas de los tísicos que mueren en los hospitales.

Inyecciones preventivas de suero antitetánico. — El Dr. Lucas-Championnière: Se acogen con facilidad las objeciones que se hacen á la acción protectora del suero antitetánico, y en cambio se juzgan con severidad los hechos invocados en su favor. Se niega la acción del suero en los animales, en los que es evidente. El hecho de que el suero obre en los animales de las especies más diferentes en que se ha experimentado, es de importancia capital. Sería, en efecto, singular que entre todos los animales sólo el hombre tuviera el privilegio de ser refractario á la acción protectora del suero cuando el mismo bacilo y las mismas condiciones de infección producen el tétanos animal y humano.

Largas series de observaciones, hechas en clínicas en las que existía antes el tétanos, han demostrado su desaparición bajo la influencia del suero antitetánico. He tenido ocasión de observar una verdadera epidemia de tétanos que se contuvo con inyecciones perseverantes de suero. Bastantes casos bien observados en la práctica particular deben invocarse en favor de la eficacia profiláctica del suero antitetánico. Si se tienen en cuenta las prescripciones mal seguidas ó ejecutadas, los casos en los que el suero fué ineficaz son tan raros, que el cirujano tiene el deber de inyectarle en todos los casos de herida sospechosa. Por lo demás, la mayor parte de sus enemigos lo emplean, asemejándose en esto al médico que invoca contra la viruela los argumentos más terribles, y sin embargo, vacuna á sus hijos.

Valor semeiológico de las leucoplasias bucales llamadas «placas de los fumadores». — El Dr. Landouzy: La discusión sostenida en esta Academia acerca *De la curabilidad del cáncer en general y del tratamiento del cáncer de la lengua en particular* (1), tiene hoy mayor interés, puesto que la Clínica y la Medicina experimental, orientadas hacia el estudio de las lesiones precancerosas, se inclinan á considerar el cáncer como resultado de la implantación del tejido canceroso sobre un terreno preparado. En su comunicación sugestiva sobre el cáncer lingual de los sifilíticos, dijo el profesor Fournier que le había visto nacer y desarrollarse sobre las placas leucoplásicas de los sifilíticos fumadores, con tal frecuencia, que le llama «*cáncer de origen sifilonicotínico*». Quería indicar con esto la parte de *colaboración* que en la especie debe concederse á la irritación nicotínica. En su comunicación, el Dr. Fournier se refería de un modo especial al cáncer desarrollado sobre la leucoplasia lingual, que, por mi parte, igual que el Dr. Gancher, consideró como *función* de sífilis. El Dr. Fournier procuró limitar el debate, circunscribiéndole «*á la leucoplasia verdadera, distinta de otras afecciones blancas de la boca, como el liquen plano, la estomatitis nacarada ó triangular comisural de los fumadores, la glositis mercurial, etc.*».

Precisamente voy á ocuparme de estas estomatitis blancas, nacaradas, de estos *triángulos comisurales* (llamados de los fumadores), de un blanco mate ó de aspecto de tela de cebolla. Les atribuyo una importancia etiológica y un valor someiológicos distintos de los que suele atribuírseles.

(1) Véase Revista de Medicina y Cirugía prácticas, número del 7 de enero de 1907.

No hago distinción alguna entre estas estomatitis nacaradas, triangulares ó comisurales, llamadas de los fumadores, y las placas de las comisuras y de la mucosa de los carrillos, salientes, de aspecto blanco mate, de apariencia micácea ó psoriasiforme, á las que se reserva, creo que sin razón, el nombre de leucoplasia verdadera, y las únicas que se considera desde hace poco tiempo como de origen sifilítico. Entre unas y otras sólo hay diferencias de aspecto y de grado: producida por la misma causa son de idéntica esencia y de igual naturaleza.

Entre todas estas alteraciones bucales me ocuparé de un modo especial de las lesiones de la comisura y de la mucosa del carrillo (desarrolladas á lo largo de una línea trazada por la unión de los maxilares) y á las que se llama *placas de los fumadores*. Esta calificación es impropia, ó mejor dicho insuficiente, porque designa la leucoplasia por su causa ocasional y no por su razón esencial. En efecto, estas placas blancas existen en los fumadores, pero á semejanza de la leucoplasia lingual, se observan también en las personas que no fuman. En los enfermos (hombres y mujeres, en particular aquéllos) que presentan placas blancas, lo que se descubre de ordinario, cuando se sabe buscar bien, es la sífilis. Esto es indudable, sean los que fueren la configuración, el color, el sitio, la intensidad, el espesor de las placas y recuerden por su aspecto el liquen plano bucal, la estomatitis nacarada, el triángulo comisural de los fumadores.

Desde hace más de diez años que examino en este sentido la mucosa bucal de todos mis enfermos, he conseguido que mis discípulos acepten mis ideas, que son las siguientes:

1.ª La leucoplasia bucal, en sus diversos grados, es más común de lo que se dice;

2.ª El uso del tabaco es uno de los medios más eficaces para que se hagan salientes las placas de estomatitis blanca;

3.ª El uso del tabaco, aunque *colaborador* importantísimo, no es indispensable;

4.ª Lo indispensable, en la especie, el *determinismo*, es la sífilis; porque la sífilis bien investigada se descubre en la mayor parte de los leucoplásicos, y recíprocamente la leucoplasia es frecuentísima en los sifilíticos confirmados;

5.ª El papel determinante de la sífilis —como el ocasional y colaborador del tabaco— aceptado en la génesis de las grandes placas de leucoplasia lingual, debe extenderse á las formas menos intensas de las manchas nacaradas, opalinas, cáscara de cebolla, de la cara interna de los carrillos y de las comisuras, lesiones atribuídas, no á la sífilis, sino al tabaco.

En virtud de este concepto de la sífilis, causa *determinante* de casi todas las formas de leucoplasia, he podido muchas veces, *faltando en absoluto todo otro estigma*, descubrir una sífilis olvidada ó desconocida. He conseguido así hacer diagnósticos que carecían de otra base, y cuya exactitud confirmó el tratamiento específico. En siete mujeres (que jamás habían fumado), conseguí, á falta de otros estigmas, fundándome sólo en la estomatitis blanca: en cinco hacer un diagnóstico etiológico decisivo, en otras dos un diagnóstico probable. En dos de ellas obtuve la curación con el tratamiento específico, prescripto en cuanto se diagnosticó la leucoplasia de los ca-

rrillos. En otras obtuve los elementos de una patogenia tanto más verosímil, cuanto que una era viuda (había tenido abortos y otros hijos murieron de debilidad congénita), de un paralítico general; otra, no tuvo ni abortos ni partos, pero era también viuda de un paralítico general; otra tercera, tabética, se casó con un hombre, al que había tratado Ricord, y padeció después parálisis ocular, que curó á las pocas semanas de tratamiento específico.

En otros casos bastó el descubrimiento de la leucoplasia comisural para hacer un diagnóstico tan exacto como espinoso. Así ocurrió con un pintor que fué conducido á mi clínica del Hospital Laënnec, en resolución completa, en un estado comatoso, y que murió á las cuarenta y ocho horas sin recobrar el conocimiento. En este hombre, las mandíbulas, contraídas, no permitían ver ni la lengua ni las fauces, pero al examinar la mucosa de los carrillos se descubrió un triángulo comisural simétrico, de color intermedio entre el nacar y la cáscara de cebolla. Esto, á falta de otros datos, me bastó para hacer el diagnóstico por exclusión. Eliminé el coma urémico, el mal comicial, la congestión alcohólica y dianostiqué sífilis encefálica. La autopsia, negativa en todos los demás puntos, nos hizo descubrir una congestión cerebral y un sifiloma frontoparietal. Este caso es un ejemplo notabilísimo del valor semeiológico de las manchas leucoplásicas llamadas *placas de los fumadores*.

La comprobación de una estría de leucoplasia en un hombre, de una placa comisural en una mujer, me ha permitido hacer en dos enfermos un diagnóstico, si no seguro, al menos de los más probables. En el primer caso se trataba de una mujer que, además de cefalea padecía: á la izquierda, iritis, glaucoma y catarata; á la derecha, iritis ligera y en la comisura derecha de los labios una pequeña estría leucoplásica. La mucosa inmediata tenía el aspecto liso, blanco-opalino más apreciable, secando la mucosa comisural. Esta mujer era estéril, aunque había reglado siempre bien y su marido parecía robusto. A los tres meses de tratamiento yodurado é hidrargírico, disminución notable de la cefalea y mejoría ligera de la visión del ojo derecho.

El hombre, afectado de desprendimiento de la retina (que se creyó era debido á un sarcoma incipiente), presentaba: 1.°, una placa comisural opalina típica en ambos lados, pero más aceptuada en el izquierdo (era algo fumador); 2.°, abolición completa de los reflejos rotuliano y del tendón de Aquiles; 3.°, abolición de los reflejos luminosos.

Mi antiguo interno el Dr. J. Troisier me ha referido un ejemplo fehaciente de leucoplasia comisural simétrica (sin leucoplasia lingual). Esta mujer, que jamás ha fumado, ingresó hace un mes en la clínica del doctor Chauffard por poliesclerosis (arterioesclerosis, esclerosis renal); padecía tabes: abolición de los reflejos rotuliano y del tendón de Aquiles, miosis y signo de Argill, vacilación al andar y signo de Romberg. Esta mujer no recuerda haber padecido enfermedad alguna, ni erosiones cutáneas ni accidentes secundarios. Faltan los datos referentes al marido. La historia de los embarazos de esta mujer explican bastante bien la etiología de la leucoplasia y la patogenia de los trastornos medulares. Primer embarazo, que data de catorce años, terminado á los cinco meses por aborto. Segundo y

tercer embarazos, terminados á los ocho meses, niños muertos. Cuarto embarazo, llegado á término, niño sano al parecer.

He insistido por varias razones sobre la historia de las enfermas que presentaban con aspectos variados leucoplasia de la cara interna de los carrillos. Primero, para indicar que he encontrado en ellas la leucoplasia sin la colaboración del tabaco, pero no placas leucoplásicas sin sífilis anterior. En una lo demuestran los resultados terapéuticos; en otra lo denuncia la enfermedad del marido; en una tercera lo prueban la concomitancia de afecciones de naturaleza sifilítica innegable.

La parte de colaboración del tabaco parece evidente en materia de leucoplasia psoriasiforme de los carrillos, en materia de placas nacaradas comisurales y en materia de leucoplasia lingual; pero es sólo una parte contributiva. Pero aun así, la parte del tabaco es tan importante, que lo primero que debe prohibirse á los sifilíticos es fumar. Esta medida higiénica hará menos frecuentes las leucoplasias, pero no conseguirá suprimirlas (prueba de ello las observaciones femeninas), porque *la causa principal de las leucoplasias es la sífilis.*

El Dr. Fournier: El trabajo del Dr. Landouzy es importantísimo, porque sirve muchas veces para diagnosticar la sífilis adquirida, y puede servir y ha servido ya, más de una vez, para hacer el diagnóstico difícil de la sífilis hereditaria. No insisto sobre este último punto más que para citar un hecho que nuestro colega conoce muy bien. Se refiere á una neumopatía sifilítica, es decir, á una *tisis heredosifilítica* confundida con una tisis tuberculosa, y cuyo origen verdadero se conoció gracias á una leucoplasia bucal. Esta puso en la pista de accidentes específicos ignorados. El enfermo, que se hallaba en un estado lastimoso, curó gracias al tratamiento antisifilítico. El honor de esta curación pertenece á un signo importantísimo que reveló una sífilis ignorada, y, no me cansaré de repetirlo, á una sífilis *hereditaria* ignorada.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 17 de Junio de 1908.

De las contusiones del páncreas. — El Dr. Walther: Para añadirla á la estadística que el Dr. Guinard ha presentado de las contusiones del páncreas, recordaré una observación que he comunicado al Congreso de Cirugía de 1905. Se trata de un hombre sobre cuyo abdomen pasó la rueda de un coche de muertos. La laparotomía fué inmediatamente practicada por el Dr. Guillemin, que encontró una rotura de la cabeza del páncreas. La herida fué taponada y seguida de curación. Durante quince días hubo una sialorrea abundante y después una doble parotiditis que curó.

El Dr. Schwartz: He observado dos casos que han ido seguidos de una colección enquistada. En uno de ellos se trataba de un joven de veinticinco años, por cuyo abdomen pasó una rueda de coche; durante quince días no tuvo más que náuseas; después se presentó un abultamiento de la región epigástrica, donde la palpación era dolorosa; el enfermo había enflaqueci-

do mucho. Contrajo el enfermo una pleuresía derecha que retardó algunos días la laparotomía. Esta permitió descubrir por detrás del estómago una colección que contenía líquido cetrino, según se vió por la punción. La colección fué abierta y marsupializada después de extraer su contenido que era líquido pancreático. Persistió una fístula durante seis meses y se obtuvo la curación. En el segundo caso el herido era un joven de diecinueve años, que había recibido una coz en la región epigástrica. Los primeros accidentes fueron un vivo dolor, vómitos y fiebre, á los cuales se añadió bien pronto una tumefacción subhepática. Hice una punción exploradora que dió salida á un líquido cetrino y poco después practiqué la laparotomía. Encima del hígado había una colección que contenía un litro de líquido seroso de naturaleza pancreática. Como en el caso precedente, marsupialicé, y la curación se obtuvo sin incidentes.

Del chapoteo como signo de estrechez crónica del intestino delgado.—El doctor Tuffier: Nos ha referido el Dr. Ricard un segundo ejemplo de estrechez crónica del intestino, cuyo diagnóstico había hecho fundándose en el chapoteo, signo indicado por el Dr. Mathieu. Estas estrecheces difieren notablemente de las oclusiones intestinales. Es posible que el chapoteo ayude al diagnóstico, pero en general estas estrecheces se revelan clínicamente por síntomas, que son el peristaltismo doloroso, un dolor bien localizado y borborigmos. He observado cuatro casos en que estos síntomas eran manifiestos. Haré el resumen de uno de ellos. La enferma había sido operada anteriormente por una hernia crural estrangulada y la estrechez se había desarrollado gradualmente después. Cuando había abierto el vientre encontré una estrechez muy acentuada; se practicó una entero-anastomosis y la enferma continúa curada hace trece meses.

El Dr. Delbet: En ciertos enfermos los signos de las estrecheces no son dudosos, pero en los casos que se han referido no existían y además estos enfermos no ofrecían los síntomas ordinarios de la oclusión intestinal; por lo tanto, el chapoteo tenía valor. Sin embargo, no debe considerarse como característico, puesto que le he encontrado en una enferma que tenía ascitis y que supuse padecía una peritonitis tuberculosa. Pues bien, la laparotomía me permitió descubrir un angioma del intestino delgado, por encima del cual el intestino estaba muy dilatado, sin que hubiese en realidad estrechez propiamente dicha.

El Dr. Ricard: En estos casos no se trata de apreciar el valor clínico de las oclusiones intestinales y yo no he señalado la importancia del chapoteo sino cuando los otros síntomas de las estrecheces no se encuentran.

El Dr. Broca: He observado este fenómeno en un individuo que había sido operado por una apendicitis en frío. Había pensado en la existencia de una peritonitis y se trataba de una oclusión.

De las estrecheces pilóricas de origen tuberculoso.—El Dr. Delbet: En la comunicación que el Dr. Poncet hizo acerca de este asunto, nuestro colega ha afirmado la naturaleza tuberculosa de estas estenosis, apoyándose en analogías clínicas. Esto no es suficiente, puesto que estas analogías pueden ser diversamente interpretadas. No pueden pasar de presunciones; las pruebas faltan. Ya no es lo mismo cuando los exámenes anatomopatológicos y microbiológicos son positivos. Sólo en estos casos se puede afir-

mar la tuberculosis. Por lo demás, me parece que hay una exagerada tendencia á generalizar esta tuberculosis, puesto que hay gran número de adenitis y de artritis de otra naturaleza, y no es dudoso que existen lesiones diferentes que responden á diferencias bacteriológicas. De todos modos, no me inscribo contra la frecuencia de la tuberculosis, y bien sabido es que á ella son debidas estrecheces del recto, cuyo origen era antes desconocido, y ciertas leucemias. En cuanto á los lipomas, que serían á menudo tuberculosos, según el Dr. Poncet, se deben hacer ciertas reservas. En un enfermo que operé de sinovitis de granos riciformes de las vainas de los extensores y que padecía una fístula rectal antigua, le extirpé un lipoma de la vaina de los flexores. Pues bien; no podía ser de naturaleza tuberculosa, puesto que las inoculaciones que se practicaron fueron negativas. Otro de mis enfermos había sido operado por tener una peritonitis tuberculosa; ingresó en mi enfermería por un tumor de la parte superior de la tibia; era un tumor de mieloplaxos, cuya enucleación ha ido seguida de curación; pero dos años más tarde ha sucumbido la enferma por la peritonitis tuberculosa. ¿Los tumores de mieloplaxos son de la misma naturaleza? Este es un estudio que prosigo desde hace algún tiempo.

El Dr. Schwartz: He tratado á un hombre de cincuenta y cuatro años, que desde algunos años antes tenía accidentes gástricos sintomáticos de una estrechez pilórica; el estómago estaba muy distendido y no se notaba ningún tumor. La laparotomía me demostró un píloro muy indurado sin otra lesión pilórica; hice la pilorectomía, pensando que se podía tratar de una neoplasia y el examen microscópico demostró que sólo se trataba de lesiones simplemente inflamatorias.

El Dr. Toussaint: Recuerdo un enfermo de veintitrés años, que tuvo fiebre, deposiciones sanguinolentas y vómitos que se imputaron á una peritonitis; murió en cuatro días. En la autopsia se encontraron lesiones de gastritis flegmonosa con una estenosis aguda del píloro y adenitis mesentérica. Se han señalado casos semejantes imputados á la tuberculosis.

El Dr. Tuffier: Dejo de lado la cuestión de los lipomas, que son frecuentemente perituberculosos y no tuberculosos, y los adenomas de la mama, que el Dr. Poncet también atribuye á la tuberculosis. Todas las inoculaciones de adenomas que he practicado, han resultado negativas. En cuanto á las estenosis pilóricas, es posible que algunas sean de naturaleza tuberculosa, pero hasta el día nadie lo ha demostrado y ninguna de las observaciones citadas por el Dr. Poncet es en realidad convincente.

El Dr. Kirmisson: He protestado ya contra la generalización que se asigna á la tuberculosis, y en particular, contra los lipomas que se supone que tienen este origen. De que un sujeto sea tuberculoso no se desprende que todas las lesiones que sobre él se desarrollan sean de origen tuberculoso; yo no lo admito sino cuando me suministra la prueba la anatomía patológica y la bacteriología. — (*Bull. Méd.*). — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 17 de Junio de 1908.

Afección vacunal del párpado.—El Dr. *W. Feilchenfeld* presenta un niño que tiene úlceras en los párpados y edema considerable de las partes inmediatas. Se trata de un caso de contagio por una hermana del niño que había sido vacunada y que dormía con su hermanito en la misma cama.

El Dr. *Federmann* presenta á una mujer que tiene en la mejilla una afección análoga y producida también por contagio de su hijo.

Secreciones internas y medios que las modifican.—El Dr. *Hirmann* dice que en el curso de sus estudios acerca de la relación que puede haber entre secreciones internas y procesos nerviosos, ha investigado qué medios son capaces, en los animales, de oponerse al desarrollo de la glicosuria provocada por la adrenalina. Hasta ahora ha comprobado que producen dicho efecto la muscarina, la pilocarpina, el hidrato de cloral y el cloruro de calcio.

El Dr. *Senator* dice haber comprobado dicha acción con la pilocarpina.

La última epidemia de difteria y la sueroterapia.—El Dr. *A. Baginsky* dice haber observado en el hospital de niños un aumento en el número de casos de difteria durante el último año, aumento que casi guardó paralelismo con el observado en Berlín en general. Parece, según esto, como si la epidemia de difteria se hubiese vuelto á recrudecer. En realidad, era injustificada la esperanza de que con la sueroterapia habían de desaparecer estas epidemias, puesto que precisamente la difteria no es de las enfermedades que, como la viruela ó el tifus, confieren inmunidad al que las ha sufrido una vez.

La epidemia de 1907 ha sido de gravedad media, con una mortalidad de 11'9 por 100, bastante menor que la de 40 á 50 que se observaba antes de la sueroterapia, pero suficientemente elevada para justificar la opinión de que con el suero no podemos disminuir la mortalidad más que hasta cierto grado.

El autor analiza los 63 casos mortales, y dice que si se prescinde de los que entraron en el hospital poco menos que moribundos, de los que fueron diagnosticados demasiado tarde (difteria nasal primitiva del niño de pecho) y de los que fallecieron de complicaciones, quedan aún 11 casos puros de difteria que sucumbieron á pesar de haberles inyectado el suero oportunamente. Ignoramos la causa de estos fracasos; pero aun así, el resultado total ha sido tan favorable que puede decirse que en esta epidemia el suero ha satisfecho á las esperanzas que en él se habían fundado.

El Dr. *Eckert* dice haber observado también, en la Clínica pediátrica de la Caridad, un recrudecimiento de la difteria que, como todos los años, aunque con más intensidad, se inició en septiembre de 1907 y duró hasta mayo de 1908. Sin embargo, los casos no han sido, por término medio, más graves que en los años precedentes. De los 14 casos mortales, sólo en uno se empezó á usar el suero al tercer día de enfermedad y en cantidad suficiente; en todos los demás, la muerte fué debida á complicaciones ó bien

se empezó tan tarde con la administración del suero, que ya no era de esperar que diese resultado.

El Dr. *Martens* refiere haber encontrado, en los anales antiguos de Betania, una mortalidad de 54 por 100, que contrasta con el 17 por 100 de los últimos cinco años (en los traqueotomizados, de 29'3 por 100). Dicha cifra no aumentó en la última epidemia. En Betania la mortalidad no empezó á descender hasta el año 1896, en que se introdujo el suero, y en cambio en la Caridad, donde se empezó á usar en 1894, también en este mismo año es cuando ya se observó un descenso en la mortalidad.

El Dr. *W. Feilchenfeld* cree, á juzgar por lo que ha observado, que es discutible la posibilidad de prevenir la parálisis con la administración oportuna de las cantidades de suero que se suelen emplear.

El Dr. *Braun* confirma, por lo observado en el Hospital de Frischrichshain, el crecimiento de la epidemia en el año pasado, habiendo llegado la mortalidad á 12'9 por 100. El suero fracasó en los casos sépticos, en los que el tratamiento fué ineficaz hasta con dosis de 18.000 unidades antitóxicas. Tampoco dió resultado la piocianasa. El autor recomienda que se haga un uso más abundante del suero como medio profiláctico.

El Dr. *H. Neumann* habla igualmente de la profilaxia, pero cree que con este objeto es necesario, en los enfermos pobres del hospital, que se establezca una relación más íntima entre éste y aquéllos.

El Dr. *F. Meyer*, fundándose en estudios experimentales, concede una gran importancia á la cantidad de suero empleado (50.000 unidades ó más), á la manera de emplearlo (en los casos graves, inyección intravenosa) y al empleo auxiliar de medicamento, entre los cuales aconseja la disolución salada de adrenalina en inyecciones intravenosas.

El Dr. *A. Baginsky* estima no justificadas tales prescripciones y alaba una vez más la acción favorable del suero, administrado como hoy se acostumbra. El renunciar á su uso lo considera como una omisión grave.

Tratamiento del hidrocéfalo.—El Dr. *F. Krause* ha ensayado, en los casos de hidrocéfalo, derivar el líquido ventricular por medio de una cánula de plata sobredorada que hace pasar dicho líquido al tejido ocular subyacente á la piel del cráneo. En dicho tejido se desarrolla al principio un edema que se reabsorbe.

El procedimiento se ha ensayado hasta ahora en cinco casos: uno agudo, que falleció, y cuatro crónicos. Hasta ahora no se puede emitir ningún juicio definitivo acerca del valor del procedimiento y de los detalles del modo de emplearlo.

En los hidrocéfalos sintomáticos no se puede esperar, como ya se comprende, una verdadera curación; pero puede ser útil en los casos de tumor en que está muy aumentada la presión cerebral. En estas circunstancias puede tener su valor el desagüe, como operación preparatoria de la extirpación del tumor.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 12 de Junio de 1908.

Balazo en el cerebro: extracción del proyectil. — El Dr. *Julio Schnitzler* presenta á una joven que recibió hace año y medio un tiro de revólver en la región temporal izquierda. Hace algunos meses sobrevinieron violentos dolores de cabeza en la región temporal derecha, revelando los rayos Röntgen la existencia de un proyectil en esta región.

El autor, después de haber determinado exactamente el sitio donde se hallaba la bala, sacando para ello varios röntgenogramas y apelando al procedimiento de fijar antes, en el cráneo de la paciente, alambres y marcas de plomo que sirvieron de puntos de referencia, puso al descubierto, por medio de una operación osteoplástica, ejecutada el 15 de mayo, el lóbulo temporal derecho. Mas á pesar de todas sus previsiones, no le fué posible encontrar el proyectil. Entonces ensayó otro procedimiento que ya había empleado con éxito hace ocho días con motivo de la extracción de otra bala alojada en el hemisferio cerebeloso izquierdo. Introdujo en el ángulo inferior de la herida un alambre de plata, siguiendo en lo posible la dirección del proyectil, cosió la herida y sacó nuevos röntgenogramas en los que, como es natural, aparecían á la vista las relaciones existentes entre el alambre y el proyectil. El 21 de mayo se volvió á invertir hacia afuera el colgajo osteoperióstico, cutáneo y utilizando el alambre de plata introducido, se buscó de nuevo el proyectil. Pero tampoco se podía dar con él como no fuera arriesgándose á causar gran destrozo en el cerebro. En vista de esto, introdujo el autor un alambre de plata en forma de arco en el lóbulo temporal, y en el nuevo röntgenograma se vió la bala rodeada perfectamerte por dicho alambre, con lo cual, en una tercera operación, se pudo descubrir y extraer el proyectil. La curación de la herida del lóbulo se ha efectuado perfectamente y la enferma, que inmediatamente después de la operación presentó fenómenos de hemiparesia, se restableció y curó por completo de todas sus molestias.

Con ocasión de este caso, refiere el autor las dificultades que se oponen á la localización de proyectiles alojados en el cerebro.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* se muestra de acuerdo con Schnitzler respecto á la absoluta precisión de las indicaciones á que debe atenerse el cirujano cuando se trata de extraer un cuerpo extraño alojado en el cerebro. Por un motivo igual (cefalalgia violentísima) ha procedido el autor hace poco tiempo á extraer una bala alojada en el interior del cráneo hace quince años, por consecuencia de una tentativa de suicidio.

Tuberculosis renal.—El Dr. *Fernando Korsifeld* dice que la cuestión de la nefrectomía en la tuberculosis renal no está resuelta todavía. A juicio del autor, los resultados de dicha operación son malos, y muchos casos de muerte que se atribuyen á la llamada anuria refleja, á la parálisis cardíaca ó en su caso á la impotencia del otro riñón, no son otra cosa que casos de septicemia. Esto no obstante, la operación puede venir á ser una intervención salvadora y de todo punto indispensable en muchos casos de tuberculosis

renal y muy especialmente de pronefrosis tuberculosa, así como igualmente en los de tuberculosis renal cerrada y en los de las formas febriles graves que conducen á la consunción. En cambio, la mayoría de los cirujanos renólogos, han abandonado la opinión de que ha de ser preciso operar todo caso de tuberculosis renal.

Fundándose el autor en una estadística que comprende 104 casos, cree poder afirmar que hay enfermos de tuberculosis renal que pueden vivir con su afección decenios y hasta mejorar de un modo notable. La sobrealimentación, la cura al aire libre y el empleo de la tuberculina, suelen producir excelentes resultados. El autor termina criticando el radicalismo exagerado á que han llegado últimamente en sus tendencias quirúrgicas Blum, Kapsamer y otros.

El Dr. *Víctor Blum* contesta que, de atenernos á las máximas sentadas hoy por Korsifeld, habíamos de volver al triste estado en que se hallaba el tratamiento de la tuberculosis renal hace treinta ó más años. Precisamente, de entonces acá se han hecho tales progresos en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad aludida, que con razón hemos llegado hoy á adoptar una actitud opuesta. En prueba de sus asertos, cita el orador una estadística de 40 casos de tuberculosis renal que no han sido sometidos á tratamiento quirúrgico por diversas razones. Se trata de casos observados en estos últimos años en la enfermería de Frisch. Gracias á un interrogatorio muy detenido, se pudo averiguar que de 26 casos que estaban sometidos á tratamiento hace más de cuatro años, no viven hoy más que dos. Enfrente de esta estadística tan triste, presenta el autor otra colectiva de 678 casos tratados por la nefrectomía con 77 defunciones, ó sea una mortalidad de 11'4 por 100.

El autor no ha visto obtener ningún resultado con el tratamiento interno (tuberculina) y también fracasa generalmente la climatoterapia.

El Dr. *Roberto Lichtenstern* cree que cuando se trata de la tuberculosis miliar del riñón está indicada la nefrectomía en aquellos casos en que la piuria revela una destrucción del parénquima renal; en cambio, en los casos en que hay expulsión de bacilos tuberculosos con orina aséptica en que no existen lesiones de entidad en la substancia del riñón, está indicada una conducta expectante. En la enfermería de Zuckerkandl han sido operados en estos últimos años unos 60 casos de tuberculosis renal con una mortalidad de 13 por 100. La muerte por el riñón producida por anuria refleja y de que hace mérito Korsifeld, como consecutiva á la operación, no la conoce el autor, quien nunca ha tenido ocasión de observar semejante desgracia. En esos casos trátase, sin excepción alguna, de procesos sépticos rápidamente progresivos.

El Dr. *Carlos de Stejskal* opina que en la tuberculosis renal sólo con gran cautela se puede proceder al empleo de la tuberculina y se funda para ello en casos de hematuria que ha observado en casos tratados con dicha substancia.—(*Wiener klinischer Rundschau*).— R. del Valle.

PERIÓDICOS

Nuevo procedimiento de reducción de la luxación del codo hacia atrás. — El Dr. Le Faguays ha empleado en un caso de luxación del codo hacia atrás, que databa de dieciocho días, el siguiente procedimiento, que cree nuevo: Después de cloroformizar profundamente al enfermo hizo sobre el antebrazo algunas tracciones que, sin ser violentas, fueron suficientes para romper numerosas adherencias. Después colocó de plano el brazo del enfermo sobre la mesa de operaciones y dobló con suavidad el antebrazo, como para ponerle perpendicular al plano de la mesa, en tanto que con la otra mano ejercía una presión moderada sobre el brazo y de arriba á abajo. Durante este movimiento, las extremidades superiores del radio y del cúbito, encajadas debajo de la extremidad inferior del húmero, forman un plano cada vez más inclinado, sobre el que la tróclea humeral se desliza merced á una presión ligera y recobra su posición normal. En el caso en cuestión, la reducción se obtuvo sin desplegar gran fuerza y antes de que el antebrazo fuera colocado en ángulo agudo. Este procedimiento tiene la ventaja de no necesitar el operador ayudante y es tan benigno que en el caso del Dr. Le Faguays no hubo reacción inflamatoria articular.

(*La Belgique Médicale*).

Tratamiento de la sífilis por los arilarsonatos.—El Dr. F. J. Lambkin, médico del ejército inglés, ha publicado sobre este asunto un importantísimo trabajo, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª Hay motivos fundados para creer que estos medicamentos, administrados precozmente y en cantidad suficiente, pueden considerarse como profilácticos en la mayoría de los casos y evitan en absoluto el desarrollo ulterior de la enfermedad.

2.ª Que indudablemente retrasan y modifican de un modo notabilísimo los síntomas secundarios.

3.ª Que al parecer ejercen un efecto benéfico marcado sobre todas las ulceraciones sifilíticas.

4.ª Finalmente, sin entrar en la cuestión de si el tratamiento de la sífilis por los arilarsonatos es tan eficaz ó no como el mercurial, problema que el tiempo y la experiencia son los encargados de resolver, se ha demostrado un hecho importante, á saber: que con estas sales poseemos un segundo específico contra la sífilis, y no es necesario indicar su importancia. Respecto á la acción terapéutica de los arilarsonatos sobre las lesiones sifilíticas, las observaciones de varios autores prueban que no matan el germen (como se cree hace el mercurio), sino que obran aumentando la defensa fagocítica del enfermo.

(*The Britisch Med. Journal*, 15 agosto 1908).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL CEREBRO DE LOS CRIMINALES

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Miembro de la Academia de Medicina de Bahía.

(Continuación).

Weinberg (1) ha relacionado el significado de los dos segmentos en que se halla dividida en estos casos la cisura central, con los dos surcos representantes en los carnívoros de esta cisura (*S. cruciatus* y *præsilvius*) y la interrupción representaría el *girus intercentralis medius*.

¿Es muy frecuente la interrupción de la cisura de Rolando? Fué hallada por primera vez por Wagner en el cerebro del clínico Fuchs, y después ha sido encontrada muy pocas veces. En la literatura médica están citados dos casos de Féré, uno de Giacomini, seis de Hesche, uno de Tenchini, nueve de Saporito, uno de Ladame, uno de Terrier, tres de Leggiardi-Laura y Varaglia, dos de Spitzka, uno de Weinberg, uno de Tovo, uno nuestro (2) y otro de Lattes, perteneciente á una mujer homicida.

Estudiemos ahora la frecuencia de la interrupción de la cisura de Rolando comparativamente en los normales y en los criminales. Giacomini, al que se acudirá siempre que se trate de circunvoluciones, la encontró sólo una vez en 366 hemisferios. Nuestros reconocimientos, recaídos en 50 hemisferios del Museo de Anatomía de nuestra Facultad, han sido negativos respecto á este particular.

(1) Weinberg: Die interparietalbrücke der carnivoren und der Sulcus Rolandi. *Anatomischer Anzeiger*, t. XXII, núm. 13, 1902.

(2) Lecha-Marzo: Descripción de las circunvoluciones cerebrales. Memoria premiada y publicada en *Clínica y Laboratorio*, año II, núms. 10, 11 y 12, 1906.

Leggiardi-Laura y Varaglia (1) que han examinado 466 hemisferios de criminales, la encontraron tres veces (dos hombres y una mujer). En los cerebros de la colección del Museo de Antropología criminal de la Universidad de Turín, que son actualmente en número de 66, se encuentra dos veces (un caso de Leggiardi-Laura y Varaglia y otro de Tovo). En el caso de este autor la interrupción tenía lugar en la unión del tercio medio con el superior, carácter muy constante (según Giacomini) de dicha interrupción (2). Como se ve la estadística no permite deducciones absolutas; sin embargo, me inclino á admitir su mayor frecuencia en los criminales. Tenemos también presente que de los pocos casos citados, uno (de Ladame) (3) pertenecía á un individuo afectado de corea degenerativa, otro (de Spitzka) (4) á un sordomudo; dos descritos por Saporito (en un mismo cerebro) pertenecían á un individuo afectado de locura furiosa accesual (léase epilepsia) y en los dos hemisferios se observaba, además, la duplicidad de la cisura rolándica; los dos pliegues que interrumpían las cisuras de Rolando estaban dispuestos alternamente en los dos hemisferios; á la derecha estaba interrumpido el surco rolándico posterior en su extremidad superior, y en la izquierda la extremidad inferior del surco rolándico anterior. Los otros siete casos que describió Saporito (5) de interrupción de la cisura de Rolando, pertenecían también á alienados; en uno en el hemisferio izquierdo (extremidad superior); otro en los dos hemisferios de un mismo cerebro, y los pliegues superficiales situados también en la extremidad superior de la cisura; en otros dos casos (en un mismo cerebro) el pliegue estaba situado en la unión del tercio medio con el tercio inferior de la cisura; en el hemisferio izquierdo de otro alienado, descrito también por Saporito, la anomalía era unilateral izquierda pero doble, puesto que la cisura de Rolando estaba interrumpida dos veces, en la unión

(1) Leggiardi-Laura y Varaglia: Contributo allo studio delle varietá delle circonvoluzioni cerebrali nei delinquenti. Scissura di Rolando. *Rivista di Scienze biologiche*, 11, núm. 4-5, vol. I, 1900.

(2) Saporito ha visto también algunas veces un pliegue superficial en la unión del tercio medio con el inferior, tal como lo describió Tenchini; por eso cree acertado admitir por la sede dos grupos de interrupción.

(3) Ladame: Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative *Arch. de Neurologie*, Paris, 1900.

(4) Spitzka (E. A.): A rare fissural atypy in the brain of W. A., Medical crit., octubre 1902.

(5) Véase la hermosa monografía de F. Saporito: Intorno alla morfologia del cervello degli alienati. Nápoles, Giannini, 1905.

del tercio superior con el medio, y en la unión de éste con el inferior.

En nuestro caso, el cerebro pertenecía á un alienado y la interrupción tiene lugar en la parte superior de la cisura, describiendo el pliegue de paso una curva de concavidad inferior.

La duplicidad de la cisura de Rolando ha sido observada principalmente en cerebros de locos y de criminales, y Saporito, el ilustre autor de la *Delinquenza e pazzia dei militari*, y después con él otros autores, ha sostenido que la anomalía va casi siempre unida al tipo epiléptico. Saporito (1) la encontró cinco veces (dos en un mismo cerebro) en alienados, cuyas formas psicopáticas, aunque aparentemente diversas, cabían muy bien en el *tipo epiléptico*. El caso descrito por Giacomini correspondía á un joven de facultades intelectuales muy deficientes, satiriásico, que murió á los veinte años; el descrito por Funaioli (2) á un individuo casi enano, con un brazo más corto que otro, una mano más pequeña que la opuesta, el organismo destruído prematuramente por enfermedades diatésicas, á las que se agrupaba la locura; los descritos por Mondio pertenecían también á dos sobresalientes ejemplares de degeneración psíquica y orgánica. Un caso parece estar en contraposición de la tesis sostenida por Saporito: el cerebro de Giacomini mismo, descrito por el profesor Sperino (3), alumno y sucesor del egregio maestro en la Cátedra de Anatomía de Módena. Pero sobre este particular recuerdan Saporito y Lattes, para demostrar lo infundado de la contradicción, una concepción lombrosiana según la cual el genio, la locura y el crimen tienen por base orgánica la epilepsia, de las cuales no representan más que vías divergentes.

Mingazzini describió en un criminal una disposición muy parecida á la duplicidad de la cisura de Rolando: la parietal ascendente estaba dividida transversalmente en dos pliegues secundarios, por medio de un surco bifurcado en su extremidad superior y paralelo

(1) F. Saporito: Rare varietá anomale della Scisura di Rolando ed in specie della sua duplicitá. Contributo alla morfologia del cervello degli alienati. *Rivista mensili di Psichiatria forense, Antropologi criminale, ecc.*, año I, núm. 5, 1898.

Véase también sobre la duplicidad de la cisura de Rolando F. Legge. *Boll. d. Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*, abril, 1891, fasc. 3; G. Valenti. *Atti della Soc. Toscana di Scienze naturali*. Pisa, 1890. —Trigomi-Allegra. *Riforma medica*, 1900.

(2) Funaioli: *Atti del 4.° Congr. della Soc. fren. ital.* Milán, 1881, pág. 243.

(3) G. Sperino: *Aus der Internationalen Monatyschrift f. Anatomie u. Physiologie.* 1901. Bd. XVIII, heft. 79.

al de Rolando; estaba interrumpido en su parte media por un pliegue que unía los dos giros secundarios.

He aquí un cuadro en que Sperino ha reunido todos los casos de duplicidad de la cisura rolándica citados hasta el año 1901:

OBSERVADORES	Número de observaciones.	SEXO	CUALIDAD y estado morboso del individuo.	Hemisferios.	TOTAL de los casos de duplicidad.
Giacomini	1	M.	inculto	D. I.	2
Funaioli	1	»	epiléptico	D. I.	2
Legge	1	F.	irascible (normal).	I.	1
Tenchini	1	»	delincuente	I.	1
Debierre	1	—	—	I.	1
Valenti	1	»	alcohólico	D. I.	2
Mondio	1	»	delincuente	D.	1
	II	»	»	I.	1
Vanherscke	—	»	—	—	2
	I	»	»	I.	1
Saporito	II	»	»	I.	1
	III	F.	»	D. I.	2
	IV	M.	»	D.	1
Tricomi, Allegra	I	»	»	I.	1
	II	F.	»	D.	1
Varaglia, Leggiardi-Laura	1	»	»	I.	1
Sperino	1	M.	ladrón intel. elev.ª	D.	1
	1	»	delincuente	D.	1
					28

Posteriormente Lattes (actes del VIe Congrès d'Anthropologie, 1906) ha referido otros tres casos de duplicidad de la cisura de Rolando en mujeres criminales; los encontró entre 100 hemisferios, y uno de ellos presentaba además cuatro circunvoluciones centrales transversales. G. Mondio, en su hermosa obra *L'Infanticida* (1) describe el cerebro de una mujer infanticida con duplicación en los dos hemisferios de la cisura de Rolando; en los dos hemisferios hay también desdoblamiento de uno de los frontales, ínsula visible al exterior, etc., etc. Otro caso describiremos nosotros más adelante.

La poca oblicuidad de la cisura de Rolando se ha observado también en criminales; en algunos era perpendicular. El área de los índices fronto-rolándicos es menor; el desarrollo relativo del ló-

(1) G. Mondio: L'Infanticida. Contributo anatomico e clinico, págs. 37-43. Nœva Inferior, Tip. de Manicomio, 1905.

bulo frontal en la mayoría de los cerebros que estudió Mondio era la de un *Cynocephalus hamadryas*, de un *Macacus*, de un *Cercopthecus*.

Benedikt fué uno de los primeros en señalar frecuentes comunicaciones de la cisura de Rolando con los surcos limitrofes en los cerebros de delincuentes, y admitía en éstos el *tipo de la confluencia de los surcos*, rechazado después por Giacomini.

Mingazzini la vió comunicar con la cisura de Sylvio en la proporción del 21 por 100.

Mondio la ha visto también comunicar en varios hemisferios con los surcos prerrolándico y postrolándico. Es á Leggiardi-Laura y á S. Varaglia (ya citados) á los que debemos un estudio muy completo de las comunicaciones de la cisura de Rolando con los surcos próximos: estudiaron 142 hemisferios de hombres y 304 de mujeres criminales, encontrando las variedades siguientes:

Comunicación con el surco prerrolándico: 32 hemisferios (21'5 por 100) en los varones y 41 (13'4 por 100) en las hembras.

Comunicación con el surco postrolándico: 14 hemisferios (9'4 por 100) y 19 hemisferios (6'2 por 100).

La primera de estas comunicaciones fué encontrada en el 15 por 100 de los casos (normales) y la segunda en el 5 por 100 por Giacomini, pero en el 24 por 100 para la primera variedad y en el 12 por 100 para la segunda, por Retzius; en el 20 por 100 y 18 por 100 respectivamente para la una y otra variedad en los delincuentes, por Tenchini. No se puede, pues, concluir en definitiva.

Comunicación con la silviana: 21 hemisferios (14'1 por 100) en los varones y 27 (8'8 por 100) en las hembras.

Los varones delincuentes superan la cifra normal (8'6 por 100 — Giacomini); las hembras coinciden.

Bifurcación de la cisura rolándica en su extremidad superior: 10 hemisferios (7'04 por 100) en los varones y 26 (8'5 por 100) en las hembras); el término medio en los normales es menor: Giacomini la encontró cuatro veces en 168 cerebros; Poggi en el 4 por 100 de los locos.

Bifurcación inferior: 12 hemisferios (8'4 por 100) para los varones y 24 (7'8 por 100) para las hembras.

Cisura de Sylvio.—Valenti en 160 casos (normales) encontró sólo en uno la porción anterior de la cisura de Sylvio reducida á un solo ramo, carácter simio que, según Retzius, estaría en relación con el menor desarrollo del opérculo frontal intermedio; Mingazzini observó también la ausencia del ramo vertical de la porción an-

terior de la cisura en una delincuente submicrocéfala; Saporito dos veces en cinco cerebros de alienados criminales (alienados procesados, de Rodríguez-Morini y demás psiquiatras españoles); Mondio en sus 18 hemisferios de criminales encontró la misma variedad cuatro veces (hemisferio izquierdo), mientras en tres un ramo accesorio se agregaba á los dos ramos ordinarios de ésta. Ha visto también la comunicación de la rama anterior de la cisura de Sylvio con el surco prerrolándico (disposición que Giacomini considera como normal); de la rama posterior con la cisura rolándica en 12 hemisferios; de la misma rama con el postrolándico en 12 hemisferios; con el surco temporal superior en tres (carácter simio).

Posteriormente, Leggiardi-Laura y Varaglia (1) han estudiado minuciosamente las variedades de la cisura de Sylvio en 88 hemisferios cerebrales de varones y 212 de mujeres criminales.

He aquí los resultados más principales de sus reconocimientos:

Comunicación con el rudimento del arco inferior de la cisura límbica: en 100 hemisferios de delincuentes existe una sencilla incisura como representante de la cisura límbica en 56; un surco breve comunicante con la cisura de Sylvio en 25; un surco largo en 16. En 100 hemisferios pertenecientes á presuntos honestos existe la incisura en 64, el surco breve en 24 y el surco largo en 12. En los criminales habría, pues, algún predominio en la existencia de este último.

Encontraron única la rama anterior en el 5'6 por 100 de los varones y en el 6 por 100 de las hembras.

Por el contrario, encontraron un indicio de mayor desenvolvimiento relativo de la circunvolución frontal inferior en el gran desarrollo del ramo vertical anterior observado en el 17 por 100 de los varones y en el 15 por 100 de las hembras; gran desarrollo del ramo horizontal anterior en el 11 por 100 de los varones y en el 19 por 100 de las hembras; y la presencia de tres ramos anteriores en el 3'4 por 100 de los varones y en el 9 por 100 de las hembras.

En el 10 por 100 de los varones y en el 5'8 por 100 de las hembras, la cisura de Sylvio comunicaba con el surco temporal superior.

En estas variedades los delincuentes varones superan también la media de los normales, á la que se avecinan más las hembras.

(1) C. Leggiardi-Laura y S. Varaglia: Contributo allo studio delle varietà della scissura di Sylvio nei delinquenti. *Giorn. della R. Accademia di Torino*, vol. VI, fasc. 5, 1900.

La falta de los ramos de la silviana es hoy considerada por todos los autores como muestra de menor desarrollo y también su sencillez; en el 10 por 100 de los varones delincuentes y en el 17 por 100 de las hembras, la cisura tenía una disposición *sencilla y arqueada*, recordando en este detalle el cerebro de los simios inferiores y reproduciendo la disposición fetal del séptimo al octavo mes, disposición que ha sido encontrada también, aunque con menos frecuencia, en los honestos.

Nosotros hemos observado en cerebros de alienados ramos que emergían del ramo posterior de Sylvio: uno se insinuaba en el opér-

Figura 2.

culo fronto-parietal, dividiéndolo en dos, y los demás (uno, dos) penetraban en el lóbulo parietal inferior.

Lóbulos parietal y temporal.—El curso atípico de la parietal ascendente ha sido notado por Tenchini en cerebros de criminales; posteriormente por Tovo también en criminales, y nosotros en cerebros de alienados (véase fig. 2). Benedikt, Tenchini y Mondio refieren ejemplos de interrupciones transversales de la parietal ascendente observadas en delincuentes; F. Marimó las encontró sólo una vez en 26 hemisferios.

La continuación en arco del surco intraparietal con el postrolándico ha sido observada por Mingazzini (1) en cerebros de criminales en la proporción del 40 por 100; Mondio lo ha encontrado tam-

(1) Mingazzini: Sopra 30 crani ed encefali di delinquenti. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XIV fasc. 1-2.

bién en casi todos sus ejemplares. Es constante en los primates inferiores. La disposición contraria, independencia de los dos surcos, fué encontrada en cerebros de delincuentes en la proporción del 12 por 100 por Tenchini, en el 10 por 100 por Mingazzini.

Pandolfini y Regnotti han visto en el hemisferio izquierdo de un asesino sordomudo el surco interparietal extenderse hasta el vértice del lóbulo occipital, disposición normal en los lemúridos. Sobre este cerebro hemos de volver á insistir, pues ofrecía una curiosa disposición la soldadura de los dos tálamos ópticos.

Tenchini, Mingazzini y Mondio han visto en cerebros de criminales comunicar el surco interparietal con el temporal superior; el primero en la proporción del 36 por 100; Mingazzini y Mondio dan medios inferiores (13 por 100).

La interrupción del surco interparietal ha sido observada por Tenchini, especialmente en los cerebros de delincuentes, con más frecuencia á la derecha que á la izquierda. Ultimamente Marimó ha vuelto á señalar esta anomalía, que nosotros hemos encontrado en los locos.

Tenchini observó la continuidad del surco interparietal, en los normales, en el 54 por 100 á la derecha y en el 75 por 100 á la izquierda; Giacomini dió ya mucho antes cifras casi análogas: 45 por 100 á la derecha y 74 por 100 á la izquierda; son también aproximadas las de Chiarugi: 48 y 72 por 100, respectivamente. Las cifras de Retzius difieren ya algo, pues encontró la continuidad del surco interparietal en el 43 por 100 á la derecha y en el 60 por 100 á la izquierda para los varones; 50 por 100 á la derecha y 54 por 100 á la izquierda para las hembras; en éstas, la asimetría sería menor. Las cifras de Retzius no coinciden con las de los otros autores, y nosotros nos permitimos omitirlas un momento, no porque carezcan de veracidad é importancia, sino porque más bien constituyen un carácter de raza.

Resulta, pues, que en los normales, como en el hemisferio derecho, presentan con más rareza la continuidad del surco interparietal, está en esto más evolucionado que el izquierdo, pues dicha continuidad es frecuentísima en los simios (1). Bischoff encontró la interrupción entre los antropoides sólo en el orangután.

Tenchini, en cerebros de criminales, encontró la continuidad del surco interparietal en el 74 por 100 de los casos á la izquierda y

(1) Rudinger: Ein Beitrag zur Anatomie der Affenspalte und der interparietal furche beim Menschen. Bon, 1882.

en el 38 por 100 á la derecha; Lattes, en sus nuevos estudios, da aún una cifra menor para el hemisferio derecho: 34 por 100 para éste, 76 por 100 para el izquierdo. Resulta, por consiguiente, que el hemisferio derecho de los criminales presenta con más frecuencia que el de los honestos la interrupción del surco interparietal, lo que demuestra mayor desarrollo de la gran zona de asociación parietal, un signo progresivo en un organismo en el que la escuela italiana encontró tantos caracteres de inferioridad.

Tenchini, y después otros autores, han descrito en los cerebros de criminales sencillez de la primera circunvolución temporal, que en algunos casos era tan corta y delgada que aparecía oculta en la cisura de Sylvio.

La interrupción del primer surco temporal (carácter fetal) se observa con más frecuencia en los criminales que en los normales; y tanto en unos como en otros, más en el lado izquierdo que en el derecho. Penta (*Rivista mensile di Psichiatria e Anthrop.*, año V) describió un caso con ausencia del surco paralelo, gran desarrollo de la hendidura simiana y sencillez del surco rolándico. Mondio ha visto en 7 hemisferios (entre 18 examinados) la comunicación del primer surco temporal con la cisura transversa occipital; nosotros le hemos visto comunicar con la cisura de Sylvio.

Mingazzini encontró en cerebros de criminales las formas de mayor complicación del surco temporal superior (por su comunicación con otro surco y mayor longitud) de preferencia en el lado derecho; el Profesor de Roma también demostró en sus estudios sobre cerebros fetales, desarrollo más precoz del primer surco temporal derecho.

Hendidura simiana.—Es muy interesante el estudio de las variaciones de los pliegues que ocultan la cisura perpendicular externa, los llamados pliegues de paso de Gratiolet. En el cerebro normal, tomado como tipo, la circunvolución parietal superior se une á la primera occipital por el primer pliegue de paso; el pliegue curvo y la primera temporal se unen á la segunda occipital por el segundo y tercer pliegues de paso; la segunda temporal se relaciona con la tercera occipital por el cuarto pliegue de paso ó segundo temporo-occipital.

Estos pliegues de paso, especialmente los dos superiores, ocultan la hendidura simiana; el primero es superficial, no sólo en el cerebro humano (tres cuartos de los casos), sino en el de los ateles. El segundo pliegue de paso parieto-occipital es superficial en el 99

por 100 de los casos. En los antropoides, por estar ocultos en la profundidad de la cisura, no la ocultan.

Esta situación, superficial ó profunda, tiene tal importancia, que Gratiolet (1), quizás exagerando algo la nota, consideraba la disposición de sus pliegues de paso como carácter zoológico, que puede diferenciar el cerebro del hombre del de los demás animales. Dicho esto, nada tiene pues de extraño que los pliegues de paso parieto-occipitales hayan sido estudiados con bastante interés en los cerebros de criminales, observándose con mucha frecuencia que la perpendicular interna no termina su curso por una simple muesca en la cara externa del hemisferio, sino que, por el contrario, sigue en ésta un trayecto más ó menos largo, reproduciendo en el cerebro del hombre la hendidura de los simios. Esta hendidura ha sido originada por la situación profunda del primer pliegue de paso; en un caso de Mondio (y no es único en la ciencia), el segundo pliegue de paso ocupaba también la profundidad de la cisura, lo que permitía á ésta continuarse con la cisura transversa occipital y el primer surco temporal. Giacomini encontró en el cerebro de Manolino una disposición análoga.

Una forma intermedia entre la situación superficial del primer pliegue de paso y su situación profunda, se observa en los chimpancés y á veces en el gorila (2), es decir, la parte anterior de dicho pliegue visible en la superficie externa, y la posterior situada en la profundidad de la cisura; es una forma de transición del cerebro de los *cebus* y el del hombre: la encontró Mingazzini en los delincuentes en la proporción del 13 por 100.

Mingazzini, en algunos de los casos que describe de situación profunda del primer pliegue de paso externo, observó contemporáneamente múltiples anomalías craneales (aspecto completamente teratológico), otros pertenecían á la categoría de los submicrocéfalos; otros, en fin, presentaban en el cerebro y en el cráneo signos de incompleto desarrollo y caracteres atávicos (en uno falta absoluta en el lado izquierdo del *s. temporalis medius*, superficialidad del *gyrus cunei*, encéfalo poco pesado, sutura metópica, fosilla de Lombroso, y en otro falta bilateral del *s. temporalis medius*, prognatismo, etc.).

(1) Gratiolet: Memoire sur les plis cérébraux de l'homme et des primates. Paris, 1854.

(2) Bischoff: Die dritte oder untere Stirnwindug und die innere obere Scheitelbogenvindung des Gorilla. *Morphol. Jahrbuch.*, Bd. VIII, 1882, pág. 320.

Sin llegar á las exageraciones en que incurrió Gratiolet, teniendo en cuenta la rareza de la presencia de la hendidura siniana en el hombre y su mayor frecuencia en la mujer, y especialmente en los criminales, concedemos á la citada disposición bastante valor en la expresión del desarrollo del cerebro humano. «Todas las veces—escribe Mondio—que se consiga encontrar dicha disposición de pliegues de paso externos colocados en la profundidad de la cisura, demostrará esto siempre que el órgano del pensamiento no ha llegado á aquel grado de desarrollo necesario á su normal funcionamiento» (1).

La situación profunda de los citados pliegues de paso suele traer consigo una disposición especial del lóbulo occipital, en *opérculo*, que se observa en muchos simios. Este opérculo lo llamarenos nosotros *occipitoparietal*, para diferenciarlo de otro que describiremos después y llamaremos sólo *occipital*, con el objeto de evitar equivocaciones. El opérculo occipitoparietal ha sido encontrado en los criminales por Lombroso, Benedikt, Brown, Tenchini, Willigk, Mingazzini (cinco veces en 112 criminales), Flesch (seis veces en ocho hemisferios); Mondio lo ha observado dos veces (hemisferio izquierdo) en nueve cerebros de criminales.

Lóbulo occipital.—En este lóbulo hay que hacer constar, además de la frecuencia de la hendidura simiana, otras curiosas disposiciones, atávicas muchas de ellas, y que las asimetrías entre los dos hemisferios son también más frecuentes en los criminales que en los normales.

Adoptamos en la descripción nombres de surcos y *gyrus* que no se encuentran aún descritos en los tratados modernos de anatomía (Testut, Poirier, Calleja, etc.), por lo que creemos necesario exponer algunos nuevos estudios de anatomía normal. Seguimos en la descripción del lóbulo occipital los estudios de Elliot Smith (2), adoptados también por Lattes en su trabajo *Assimetrie cerebrali nei normali e nei delinquenti.*

Según Smith, la cisura *parieto-occipitalis* (perpendicular interna) se bifurca en su parte superior en dos surcos secundarios, uno que se dirige horizontalmente hacia atrás, el surco *paracalcarinus*, y otro hacia adelante, al ángulo posterosuperior del *præcuneus*, el *s. limitans præcunei.* En dicha bifurcación queda limitado un

(1) G. Mondio: *Loco citato*, pág. 56.

(2) Elliot Smith: *Studies in the Morphology of the human Brain*, etc., número 1.—*Records of the Egyptian School of Medicine*, 1904.

pliegue de paso, que une en el margen superior del hemisferio el lóbulo cuadrilátero con el triangular, el arco *intercuneatus*, que puede aparecer sencillo ó incindido por un surco central. En el cerebro humano estas formaciones, bifurcación de la cisura *parieto-occipitalis* y *arcus intercuneatus*, se encuentran en la profundidad; pueden aparecer en algunos casos en la superficie, reproduciendo en esto el cerebro de los simios (véase fig. 3).

Figura 3.

En la cara externa del lóbulo occipital ha descrito E. Smith un surco (de significado atávico), de concavidad posterior, que recuerda el *affenspalte* de los simios, y como él limita por delante el área estriada (que corresponde á la zona corticovisiva de Flechsig y contiene la estría de Gennari): dicho surco recibe el nombre de *s. lunatus;* unas veces se extiende mucho en sentido anteroposterior (véanse las figuras de la Memoria de Lattes), otras en sentido transversal, y su presencia va ligada á la de la cisura calcarina ó de su prolongación (*s. occipitalis superior*) en la cara externa. El *sulcus lunatus* puede enviar una prolongación anterior y horizon-

tal, el *s. prælunatus*, que termina libremente ó concluyendo en el ramo posterior del surco temporal superior.

El *s. lunatus* puede estar interrumpido (*gyrus translunatus*). Lattes ha encontrado en algunos casos de ausencia del *s. lunatus* un surco correspondiente al *prælunatus*, que se prolongaba por atrás hasta el borde del hemisferio; en otros ejemplares el *prælunatus* se fusionaba con un *lunatus* pequeño é irreconocible.

El *sulcus lunatus* es de carácter regresivo; sin embargo, para Kohlbrugge (1) es progresivo, puesto que su presencia en el cerebro humano complica notablemente la cara externa del lóbulo occipital; dicho surco es más frecuente en el cerebro humano de lo que cree Kohlbrugge; pero conserva su carácter regresivo, puesto que se encuentra con más frecuencia en los monos inferiores que en los superiores; además, y esto no lo ha debido tener muy en cuenta dicho autor, cuando el lóbulo parietal de un hemisferio se presenta muy evolucionado, es decir, sus surcos muy interrumpidos, la zona occipital evoluciona también, lo que se nota por la ausencia del *s. lunatus* y del opérculo occipital. Bien es verdad que hay raros hemisferios (como en una de nuestras observaciones personales), en que la zona parietal ha evolucionado mucho y la occipital poco; se trata indudablemente de una forma de paso entre dos tipos distintos de la zona parieto-occipital. Kohlbrugge, en vista de esta objeción y conforme con sus antiguas ideas, podría sostener que la interrupción del surco interparietal y la ausencia del *s. lunatus* en el occipital, en vez de constituir un tipo definitivo, es la forma de transición entre el tipo de inferioridad de la zona parieto occipital (sencillez de los dos lóbulos) y el tipo de superioridad, de mayor adelanto (consistente en la interrupción del *interparietalis* y en la presencia del *lunatus*).

También es verdad que la presencia del *s. lunatus* coincidiría con mayor desarrollo del área visual; pero ésta puede estar más desarrollada, dice con mucha razón Lattes, y el hemisferio encontrarse todavía filogenéticamente menos evolucionado.

Conocida ya la exacta descripción dada por E. Smith y L. Lattes del lóbulo occipital, nos será fácil llamar la atención sobre las asimetrías en los normales y en los delincuentes.

Según Smith, el área estriada, limitada por delante por el *s. lunatus*, se presenta con más extensión á izquierda que á derecha, y

(1) Kohlbrugge: Die Variationen der Grosshirn der Affen mit besonderer Beruchsichtigung der Affenspalt. *Zeitschrift für Morphol. u. Anthropol*, 1908.

en este lado el *s. lunatus* es menos constante, menos extenso, menos operculado. Por el contrario, Lattes lo ha observado en mujeres criminales con más frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo (40 y 12 por 100, respectivamente); dicho autor ha observado también que su ausencia va ligada casi siempre á la interrupción del surco interparietal (carácter progresivo, que indica mayor desarrollo de la zona de asociación parietal); cuando el *s. lunatus* aparece muy manifiesto, el surco interparietal es continuo (carácter simio). Sin embargo, esto no importa para que, como hemos indicado, en algunos casos se presente una forma de transición, *s. lunatus* é interrupción del *interparietalis*.

En los normales se observa con más frecuencia el tipo progresivo de la zona parieto-occipital á la derecha y el regresivo á la izquierda; en los criminales, la asimetría es aún más marcada, según resulta de los estudios de Lattes.

Hemos afirmado antes que la situación superficial del *gyrus intercuneatus* reproduce una disposición propia del cerebro de algunos simios; afirmemos también ahora que en los criminales es más frecuente, y está distribuída más asimétricamente que en los normales. Retzius, en normales, la encontró dos veces en el lado derecho, tres en el izquierdo, y fueron 100 los hemisferios examinados. Tenchini la encontró en cerebros de criminales, en la proporción del 2'2 por 100 á la derecha y 7 por 100 á la izquierda; Lattes da cifras aún mayores: 2 por 100 á la derecha y 20 por 100 á la izquierda.

La situación superficial del pliegue cuneo-límbico ó *gyrus cunei* (anomalía de significado filogenético), que lleva consigo la separación de la calcarina de la parieto-occipital, ha sido también encontrada con más frecuencia en los delincuentes que en los honrados. Benedikt la encontró siete veces en 112 criminales, una vez en 100 presuntos honestos; Giacomini, tres veces en el lado izquierdo y dos en el derecho, entre 168 cerebros de criminales; Tenchini, dos veces en el lado izquierdo, entre 130 delincuentes; Mingazzini, una vez á la derecha y cinco á la izquierda, en 30 delincuentes; Poggi (1), dos á la derecha y seis á la izquierda, en 50 alienados.

Insula de Reil.—Giacomini y otros autores observaron, con bastante frecuencia en los cerebros de microcéfalos (2), que la ínsula

(1) Poggi: Varietá delle circ. cerebrali nei pazzi. *Arch. sperim. di Freniatria e de Medicina legale*, 1884.

(2) Giacomini: Les cerveaux des microcéphales. *Arch. ital. de biol.*, tomo XV, 1891.

de Reil, en vez de encontrarse oculta por las formaciones opercularres de la cisura de Sylvio, se ofrecía visible al exterior. La misma disposición fué encontrada después en los criminales; Mondio, en sus 18 hemisferios, encontró la ínsula visible en cinco casos (dos veces en ambos lados, en cuatro hemisferios, y una vez á la izquierda en uno); Saporito, dos veces á la derecha, entre cinco cerebros.

La situación superficial de la ínsula de Reil tiene una significación de menor desarrollo, más bien que de la misma ínsula, de las circunvoluciones vecinas, especialmente de la frontal inferior; es reproducción de un momento de la autogenia: en los primeros meses de la vida intrauterina la ínsula está al descubierto, pues los tres lóbulos que la rodean no han completado su desarrollo.

(Continuará).

REVISTA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

POR

D. SIXTO MARTÍN Y MIGUEL

Médico de Sanidad militar; Jefe de las consultas de Dermatología y enfermedades venéreas del Instituto Rubio y de la Policlínica del Refugio.

SUMARIO: I. Estudio clínico sobre la craurosis vulvar. — II. Un caso de fagedenismo sobre sifílides, tratado y curado por la extirpación. — III. Terapéutica de la phthiriasis.

I. Aun cuando se trata de una afección ya descrita por Breisky en 1885, sin embargo fué esta descripción, como las posteriores que después se hicieron, tan incompletas que puede decirse que hasta estos últimos tiempos era una enfermedad casi desconocida.

Una importante Memoria publicada por Jayle en la *Revista de Ginecología y de Cirugía abdominal* (julio y agosto de 1906) y los casos que dicho doctor ha prestado en la clínica del profesor Pozzi, han movido al Dr. Thibierge, después de bien estudiados éstos, á publicar un notabilísimo trabajo original sobre dicha enfermedad, que, como veremos, nos da exacta cuenta de lo que se trata.

Que es necesario empaparse bien de lo que es esta afección para poderla diagnosticar, lo demuestra el hecho citado por Thibierge que, después de leída la descripción de Breisky y reconociendo en

el Hospital Broca unas 1.000 mujeres al año, se le ha pasado desapercibida esta lesión y hoy, en cambio, después de vistos los casos del profesor Pozzi, ve repetidos éstos con relativa frecuencia en su consulta.

Dice Jayle en su Memoria que la significación del término craurosis ha sido mal comprendida, puesto que con ella se han publicado iguales casos en Alemania bajo la denominación de craurosis, que en Francia bajo el nombre de leucoplasias.

Para establecer los límites de esta afección se ha fijado más en la etimología de la palabra (κραυρωσις, retracción), que en la descripción de Breisky. Partiendo de esta idea, se entiende por craurosis un estado morboso caracterizado clínicamente por la atrofia y retracción del revestimiento cutáneo mucoso de la vulva y en particular del anillo vulvar é histológicamente por la esclerosis del dermis con lesiones epidérmicas variables.

Este estado anatómico puede resultar de lesiones iniciales diversas y de ahí la división de las craurosis en:

1.° Craurosis leucoplásica ó craurosis blanca..... { simple. / sifilítica.

2.° Craurosis inflamatoria ó craurosis roja..... { folicular. / vascular.

3.° Craurosis senil.

4.° Craurosis postoperatoria.

De estos diversos caracteres de la craurosis, lo que más ha llamado la atención de Breisky y de los autores que le siguieron y que ha valido á esta lesión su denominación, es la atrofia de la región vulvar.

En los casos más acentuados la craurosis se revela por los caracteres siguientes, que fueron los que sirvieron de norma para hacer las primeras descripciones: falta aparente de los pequeños labios; los tegumentos están lisos desde el monte de venus hasta el meato urinario, pasando por encima del clítoris sin formar repliegue; no existe frenillo ni prepucio; algunas veces se observa una banda cicatrizal blanda ó un pequeño repliegue sobre la línea media del vestíbulo. El clítoris está unas veces completamente escondido por los tegumentos retraídos y otras se percibe á través de un pequeño orificio cutáneo limitado por los restos del frenillo y del prepucio. Separando los grandes labios, se ve formar un pequeño pliegue transversal por debajo del meato. En la parte posterior de la vulva se ven, aunque menos pronunciados, signos análogos de retracción, la piel es inextensible y forma pliegues cuando se la

quiere distender. La consecuencia de esta atrofia es una estenosis vestibular marcada que hace molesto el coito y más doloroso el parto.

Estos casos de lesión tan avanzada se encuentran raras veces. Las lesiones que con más frecuencia se observan en la clínica, es decir, las que pueden servirnos de tipo para describir esta enfermedad, son las siguientes.

Por debajo del monte de Venus el sistema piloso es muy reducido, los grandes labios están generalmente flácidos, algo aplanados, atrofiados, asemejándose á la piel del escroto; los pequeños labios se hallan retraídos, formando repliegues verticales y anteroposteriores muy cortos, miden unos 2 ó 3 centímetros de largo por medio de ancho, están rígidos y forman como una lámina de cartón ligeramente ondulada. Entre el clítoris y la uretra el vestíbulo forma una superficie lisa, algunas veces con bridas duras y fibrosas, que parten del orificio uretral. La horquilla no suele presentar lesiones típicas. El orificio vaginal se halla retraído, á su alrededor la mucosa está plegada como una bolsa, la entrada de la vagina está dura, inextensible, no permitiendo más que la introducción de un dedo, pero casi nunca de dos, y cuando esto se quiere hacer, se provocan dolores. Las carúnculas son muy aparentes, formando unos mamelones duros, redondeados ó alargados y en general ligeramente pediculados.

En todas las enfermas observadas existe un carácter muy especial y digno de tenerse en cuenta, puesto que es el que sirve para distinguir una vulva craurósica de otros procesos anatómicos; es el aspecto liso y brillante del tegumento vulvar en toda su extensión, aspecto liso y brillante que se asemeja mucho al de la superficie exterior del hígado. Este mismo aspecto se nota en el vestíbulo, en la parte interna de los grandes labios, en toda la extensión de los pequeños labios, en el orificio de la vulva y en las carúnculas.

Si se compara este aspecto con el que presentan estas superficies en una mujer joven, la diferencia es muy notable: en ésta los pequeños labios forman un repliegue extendido desde el clítoris á la parte inferior de la vulva y están sembrados de pequeñas prominencias glandulares; el vestíbulo, algo más liso, presenta, sin embargo, algunos orificios glandulares, y sobre todo pliegues diversamente entrecruzados muy semejantes á los de la cara anterior de la muñeca; la mucosa de alrededor del orificio vaginal es un poco irregular.

El color de los tegumentos de la vulva craurósica es en general pálido, amarillo claro, algo rosáceo, muy parecido al del hígado graso del pato. Lo más frecuente es que esta coloración esté punteada de placas rojas, que merecen una descripción detenida. Otras veces se ven arborizaciones vasculares aisladas, muy pequeñas, apreciables únicamente con una lente; estas telangiectasias, cuando son algo más intensas, llegan á adquirir una coloración rojo intensa, tirando á obscuro y dejando entre ellas espacios de coloración amarillenta; su sitio predilecto es el orificio vaginal. Algunas veces la mucosa de la uretra está roja, tumefacta y algo saliente, á través del meato. En otros casos estas manchas pigmentarias son pálidas y de pequeñas dimensiones.

Se ven casos que van acompañados de prurito vulvar, que se ha conseguido hacer desaparecer fácilmente, pero sin modificar en nada el aspecto de los tegumentos vulvares; este prurito debe ser independiente de la craurosis y la prueba es que no existe en la mayoría de las enfermas.

Esta lesión se observa con más frecuencia en mujeres que están en la menopausia, ó bien porque han llegado á la edad en que ésta se presenta ó bien porque una ablación del aparato utero-ovárico ha originado la menopausia precoz. A propósito de esto, Jayle dice que la «craurosis se presenta en las mujeres cuyos ovarios no funcionan, bien porque han sido extirpados ó bien porque se han atrofiado». Se han observado algunos casos de esta afección en su principio, es decir, el período precraurósico, en mujeres que aún conservaban la menstruación, pero ésta era ya muy irregular y se veía, como luego se confirmó, que estaban muy cerca de la menopausia.

Las lesiones vulvares características de la craurosis no son más que una parte de los trastornos involutivos que interesan simultáneamente las otras mucosas. La mucosa vaginal se la encuentra igualmente lisa y de aspecto brillante (*foie gras*). El cuello uterino, de ordinario pequeño, y atrofiado también, brillante y liso. En la mayor parte de los casos ocurre lo mismo con la mucosa de la bóveda palatina que, además, adquiere un color amarillo pajizo con algunas arborizaciones vasculares transversalmente dispuestas. La piel, en general seca, va adquiriendo los caracteres propios de la de los viejos.

Por todas estas razones, la craurosis vulvar debe ser considerada como una localización del proceso atrófico que caracteriza la involución senil de los tegumentos en general, localizado con predilección

en los órganos genitales, y presentándose más precozmente después de la castración, por ser, sin duda, la supresión de las funciones genitales, uno de los factores más importantes de los procesos involutivos seniles.

Es muy frecuente en las mujeres de más de cincuenta años; en la mayoría de ellas se encuentran lesiones más ó menos avanzadas. Se dice que las causas locales que influyen en su presentación son los abusos sexuales, la blenorragia y la sífilis.

Vemos, pues, por todo lo dicho, que la craurosis no es más que un caso particular de senilidad de los tegumentos.

No existen, en realidad, formas distintas, sino grados más ó menos avanzados; las telangiectasias aparecen tanto más frecuentemente, cuanto las lesiones estenósicas son más intensas.

Su diagnóstico es relativamente fácil; conviene, sin embargo, distinguirlo de otras formas de estrechez de la vulva.

La leucoplasia es la lesión á la que más se asemeja; pero es más rara y se diferencia de la craurosis en que cuando se presenta en la vulva lo hace en puntos variables y por placas de coloración blanca ó ligeramente grisea, opacas, no brillantes y de forma irregular y variable. La leucoplasia puede ir acompañada de estrechez de la vulva, por la esclerosis subdérmica que en ocasiones origina. Puede, asimismo, coincidir con la craurosis, por ser afecciones propias de la vejez, motivo por el cual la han confundido muchos con esta afección.

Las bridas fibrosas cicatrizales, los restos de placas, los desgarros, las ulceraciones y las quemaduras, pueden simular la craurosis; las deformaciones que determinan, su espesor, su dureza y su irregularidad, permite distinguirlas de la craurosis, lesión esencialmente simétrica y limitada á las capas superficiales de la dermis.

Ciertas liquenificaciones de la vulva pueden provocar, por la tumefacción de los pequeños labios, una atrepsia vulvar que simula la de la craurosis; pero la infiltración de los repliegues vulvares, la presencia en los grandes labios de placas liquenificadas y el prurito intenso que las acompaña, evita toda confusión.

II. Convencido de la gran importancia que para la mayor rapidez y completa curación de muchas lesiones sifilíticas tiene el tratamiento quirúrgico, combinado, como es natural, con el mercurial, me propongo publicar, cuando haya pasado algún tiempo y no pueda temerse una recidiva, dos casos muy interesantes en los cuales son bien manifiestos los beneficiosos resultados obtenidos con estos dos

tratamientos unidos. Recogiendo datos para este asunto, me encuentro con un notable artículo del Dr. Simon, que me parece digno de publicarlo en esta REVISTA por la gran enseñanza que él encierra.

La observación del caso que refiere dicho Profesor es sumamente interesante: 1.°, porque enseña la eficacia del tratamiento quirúrgico en ciertos casos de fagedenismo, y 2.°, porque la extirpación total que se hizo permitió un examen histológico y bacteriológico en condiciones excepcionales y raras de poder practicar.

Se trata de una muchacha de veintidós años, sin antecedentes hereditarios dignos de mención; tuvo un chancro sifilítico vulvar en agosto de 1906. Se la hicieron inmediatamente 20 inyecciones de biyoduro de mercurio y no volvió á usar más tratamiento hasta que se le presentaron placas mucosas en la garganta, dejándose hacer entonces seis inyecciones de aceite gris. El 12 de noviembre de 1907 se presentó con una roseola circinada de las más típicas y una tumoración bastante voluminosa en la nalga derecha. Este tumor lo notó ya hacía un mes, pero como era indoloro no hizo caso. Dicho día 11 presentaba: en la parte inferior y externa de la nalga derecha, una ulceración redonda, del tamaño de una moneda de 2 pesetas, bien limitado por un reborde rojo y prominente; alrededor de este borde, la epidermis está levantada en una extensión de 2 milímetros. En la parte interna de esta úlcera, la pérdida de substancia es total. El fondo de la úlcera no tiene elevaciones, es sanioso, grís eo y recubierto de una película pseudomembranosa de aspecto pultáceo. Por fuera del borde, la piel está roja en una extensión de dos traveses de dedo; bajo la ulceración y la piel de alrededor se nota una gran induración, que indica la gran infiltración que existe del tejido subcutáneo. El dolor es vivo espontáneamente y se exagera mucho con la marcha y con las maniobras de la exploración. No hay fiebre. Tratamiento: pulverizaciones de agua hervida, lavados con agua oxigenada, aplicación del azul de metileno y de yodoformo. Inyección de 2 centígramos de biyoduro. Al día siguiente, 13 de noviembre, la ulceración era doble de extensa. Se empleó el mismo tratamiento. El 15 de noviembre, la ulceración se había extendido tanto, que llegó á la cara interna del glúteo izquierdo. En vista de la inutilidad del tratamiento y de la extensión rápida del fagedenismo que amenazaba el recto, fué decidida la operación quirúrgica.

La extirpación se practicó el 16 de noviembre de una manera total, traspasando bastante los límites de los tejidos al parecer enfermos. El sacro y el coxis fueron raspados con la cucharilla. Des-

pués de unos toques con cloruro de zinc, se suturó con tres hilos de bronce y en los intermedios se hicieron las suturas con crin para adaptar bien la piel. Se puso un pequeño tubo de desagüe en cada ángulo de la placa. Al siguiente día la temperatura siguió normal; una pequeña serosidad salía por los tubos, que se quitaron á los diez días. La cicatrización se obtuvo por primera intención, salvo los ángulos de la placa que lo hicieron por segunda intención. Al mismo tiempo se continuó el tratamiento por el líquido de Van Swieten á la dosis de 30 gramos diarios. La enferma se levantó completamente curada el 7 de diciembre. El 10 de enero supuró un poco el ángulo inferior de la placa, pero sin el menor carácter fagedénico.

III. Por tratarse de una enfermedad bastante común, principalmente entre la gente pobre, me parece de interés divulgar un nuevo tratamiento que para esta enfermedad ha propuesto el Dr. Hans Oppenheim en un artículo publicado en el *Deutsche medizinische Wochenschrift.*

La terapéutica de la phthiriasis empleada hasta el día, se reducía casi exclusivamente á diversas preparaciones mercuriales: ungüento gris, glicerina sublimada sola ó con vinagre, que tienen los siguientes inconvenientes: es un tratamiento largo, puede acarrear consecuencias desagradables á los enfermos, tales como la estomatitis mercurial, dermatitis, etc., y por último, en los casos antiguos, el resultado es muy dudoso. A esto hay que añadir la incomodidad en su aplicación y su coste siempre elevado para el pobre.

Existe un medio que no tiene los inconvenientes anteriormente dichos y cuya acción es rápida y segura, tal es el alcohol bajo su forma más concentrada, ó sea el alcohol absoluto y el espíritu de vino rectificado. Su empleo es sencillísimo y, según el Dr. Oppenheim, su modo más eficaz de aplicarlo es el siguiente: se descubre una extensión más ó menos grande de la región que se va á tratar, se pulveriza con cuidado con un vaporizador Spray lleno de alcohol, á una distancia aproximadamente de 25 centímetros, después de esto, con un abanico se hace pasar una corriente de aire hasta que el alcohol se haya evaporado completamente; pasados cinco ó seis minutos, se repite la operación y en los casos graves, pasado el mismo tiempo, se vuelve á hacer lo mismo por tercera vez. Lo mismo debe hacerse con la parte correspondiente del vestido, sólo que en éste, para que se empape bien el tejido, tienen que emplearse cantidades mayores de alcohol, ó mejor aún, pulverizar varias veces las ropas con alcohol cuando por la calidad de la tela no sea preferible

recurrir á la esterilización por el vapor. Debe tenerse presente que el enfermo no debe bañarse en algún tiempo.

Los resultados de este tratamiento son bien manifiestos si se pasa la mano dos ó tres veces sobre la parte donde ha pulverizado el alcohol, pueden verse sobre una tela que se haya puesto debajo los parásitos completamente muertos y desprendidos de los pelos donde tan fuertemente se hallan agarrados cuando están vivos, de manera que, si la pulverización se hace con cuidado, no debe quedar un solo parásito. El enfermo se encuentra inmediatamente libre del doloroso prurito que sentía, no sólo porque han muerto los parásitos que le producían, sino además por la acción calmante del frío que produce el alcohol al evaporarse. Algunas veces, el resultado de este método es pasajero, á causa de que no se han hecho desaparecer todos los huevecillos que estaban adheridos á los pelos. Esto es debido á que la pulverización no ha sido completa, pues según las diferentes experiencias hechas por el Dr. Oppenheim, estos huevecillos no se libran de la acción mortífera del alcohol empleado en la forma antedicha.

Sería difícil decidir cuál de las tres propiedades del alcohol obra mortalmente: si su acción química, es decir, tóxica, ó la hidrófila ó la que por evaporación produce el frío; quizá las tres reunidas y sobre todo la última.

Colocados los pedículos en una pequeña boquilla llena de alcohol conservan su vitalidad durante cinco ó diez minutos, mientras que haciendo que se evapore rápidamente este alcohol por medio de un ventilador mueren instantáneamente. Así se explica la superioridad de este método sobre todos los empleados hasta el día.

Con este método se obtienen resultados completamente satisfactorios, aun en los casos más graves (expansión difusa de las phthiriasis inguinales, á causa de estar descuidado varios meses, pediculosis inveteradas de la cabeza con eczema grave, etc.). El alcohol absoluto es el más activo, sobre todo en los casos de pediculus capitis, pero en general, el espíritu de vino rectificado á 92'90 por 100, es suficiente. Los eczemas subsiguientes á la afección serán tratados por los medios ordinarios, los muy ligeros curan espontánea y rápidamente una vez desaparecidos los parásitos.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Cirujano del Hospital Militar de Madrid.

I. TUBERCULOSIS GENITAL DE LA MUJER, por el Dr. D. Ricardo Horno Alcorta, ginecólogo del Dispensario antituberculoso. Madrid, 1908.

II. ESTADO ACTUAL DE LA BACTERIOLOGÍA DE LA SÍFILIS, por el Dr. D. Ricardo Horno Alcorta, ginecólogo del Dispensario antituberculoso. Madrid, 1908.

III. DEL AGENTE CAUSAL DE LA SÍFILIS. Discurso leído por el Dr. Del Río de Lara en la sesión inagural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, 1908.

I

Sin ningún género de duda, la ginecología es una de las especialidades que más se cultivan hoy en España. No hay más que ver el número crecido de ginecólogos que existen y los muchos trabajos que la prensa médica publica todos los días. Un nuevo opúsculo viene á enriquecer su literatura, cual es el que con el título de *Tuberculosis genital* acaba de publicar el Dr. Horno Alcorta. En un corto número de páginas expone con sencillez y claridad este proceso de los órganos genitales de la mujer, del que ya Brouardel en 1865 (1) se ocupó en una extensa monografía, llamando la atención de los prácticos sobre algunos puntos que más tarde, y después del descubrimiento del bacilo de Koch, se esclarecieron muy particularmente sobre las investigaciones micrológicas de las secreciones vaginales y del esperma como vehículo receptor y transmisor del germen específico. Sin pretender hacer un estudio completo de la tuberculosis genital y circunscribiéndose al útero, localización rara de la tuberculosis humana, según el autor, divide su estudio basándose en dos observaciones clínicas personales, en tuberculosis del cuello del útero y del cuerpo del mismo órgano. En la primera forma, después de relatar los trabajos de varios ginecólogos extranjeros, y en armonía con la opinión del ilustrado especialista Dr. Recasens, cree que la localización cervical es relativamente frecuente y que

(1) De la tuberculose des organes genitaux de la femme. Th. Paris, 1865.

se presenta bajo tres formas distintas: *papilar*, *ulcerosa* y *neoplásica*. De cada una de estas formas trae su descripción anatomopatológica, caracterizando la primera por la formación de vegetaciones sesiles duras, apiñadas, de color rojo lívido, la ulcerosa por desprendimientos epiteliales y por ulceraciones de fondo grisáceo de bordes cortados á pico que sangran en abundancia y la neoplásica por hipertrofia del cuello que le hacen muy voluminoso y lleno de excrecencias fungosas parecidas á una seta, muy semejante al cáncer del cuello. En la tuberculosis del cuerpo admite, como más frecuente que la del cuello, haciendo notar que ha pasado desapercibida á los ginecólogos, no cree que sea excepcional su localización primitiva. Generalmente esta forma de propagación, unas veces es descendente por las trompas y otras ascendente por el canal cervical, haciendo notar el origen de esta lesión algunas veces por una infección primitiva placentaria. Siguiendo la clasificación del doctor Recasens, las agrupa en tres modalidades, la forma miliar, la ulcerosa y la fungosa, cuyas modalidades pueden agruparse entre sí, pero la tuberculosis del cuerpo se reduce á dos formas únicas, la ulcerosa vegetante catarral ó generalizada miliar. Respecto al diagnóstico, estas formas carecen de síntomas patognomónicos; sólo el hallazgo del bacilo de Koch ó folículo tuberculoso en las secreciones ó productos patológicos da certeza de la lesión, pues la inyección de tuberculina y la oftalmorreación propuesta por Calmette, la primera, sólo de una manera relativa, puede asegurar el juicio diagnóstico y la segunda no es segura en sus resultados, según la experiencia personal del autor, y á más no va exenta de peligros. Por lo expuesto deducirá el lector la buena labor llevada á cabo por el Dr. Horno, pues el trabajo compendiado en la forma que él lo expone resulta aprovechable su lectura bajo su punto de vista práctico, más que si ocupara gran número de páginas.

II

Tan bien escrito como el anterior, es su folleto *Bacteriología de la sífilis*, pues en 28 páginas hace la historia de la etiología y estado actual del proceso sifilítico á contar de la época en que predominaron las ideas astrológicas que se consideraban como génesis de la sífilis, la influencia de los astros hasta el descubrimiento del bacilus característico por Siegel y Fritz, Schaudinn y los experimentos llevados á cabo hasta comenzar el año 1908 por clínicos y bacteriólogos. Después de hacer un examen detenido de la evolución progresiva

del estudio de este proceso, bajo el punto de vista bacteriológico, se ocupa de la técnica de la coloración del treponema, indicando con detalles los métodos de Guiensa y Lavaditi; hace una relación sucinta de las lesiones sifilíticas, donde se ha encontrado su cultivo, su aislamiento, su inoculación, considerándole como el verdadero agente causal de la sífilis, y extrañándose que la labor de Siegel al dar á conocer sus estudios no encontrara eco en la opinión.

Merece plácemes el autor por estas dos publicaciones, pues se necesita conocer bien ambas materias para condensarlas; de su lectura se adquiere un conocimiento completo de cuestiones tan interesantes y de actualidad. Reciba en justicia nuestra enhorabuena el Dr. Horno Alcorta.

III

El pretendido agente causal de la sífilis es el tema elegido también por el Dr. Del Río de Lara en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. El ilustre Profesor de Histología y Anatomía Patológica se ocupa en el citado discurso, y con la extensión que requiere asunto tan importante, de la morfología del microorganismo de Siegel y Schaudinn, haciendo un estudio detallado de la Spirochactología, indicando cuantas opiniones se han expuesto de los más recientes trabajos sobre las *spirochactas* de las algas azules, en la que está incluído el *treponema*, acusado de ser el productor de la sífilis. Acostumbrados á que en esta clase de documentos académicos se sobreponga al interés científico la erudición y la forma literaria, en el discurso del Dr. Del Río de Lara, sin prescindir de éstas, en el fondo se observa que el autor ha hecho un estudio práctico y de investigación sobre estas materias, exponiendo su observación personal y el trabajo asiduo en el laboratorio, siendo muy merecedor de los plácemes que imparcialmente le enviamos.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La sugestión en el histerismo. Curación instantánea de una monoplegia del miembro superior de siete meses de duración.—El Sr. López y López publica, en *La Juventud Médica*, de Sevilla, el siguiente interesante caso:

«Trátase de una niña de doce años de edad, natural de Higuera, junto á Aracena, de regular constitución, de carácter raro y caprichoso, no reglada todavía y de marcado temperamento nervioso. La niña padecía de una monoplegia del miembro superior derecho, de siete meses de antigüedad, y venía recomendada al Dr. Lupiáñez para que le aplicara las corrientes eléctricas como medio de mejorarla de la parálisis, que parece sería definitiva y producida por lesión cerebral destructora. Interrogado el padre, que la acompañaba, sobre los antecedentes hereditarios de la niña, manifestó que él estaba completamente sano y que su mujer es histérica. Preguntada la niña, dijo que hacía un año dió una caída que le produjo una contusión en la cabeza, y que al cabo de cuatro ó cinco meses le apareció súbitamente la parálisis, sin que hubiera pérdida del conocimiento ni ningún otro trastorno. Refirió también que había estado seis ó siete días sin orinar, sin que sobrevinieran los trastornos de la intoxicación urémica ni aun siquiera los de retención de orina. Al cabo de este tiempo volvió á orinar como si el anterior período de anuria no hubiera existido, es decir, la cantidad normal de orina y sin alteraciones de color, olor, etc. Durante este tiempo observó que arrojaba abundante cantidad de saliva. Padeció también, antes de presentarse la parálisis, de frecuentes dolores de cabeza y hasta tuvo épocas en que no sabía lo que decía, á consecuencia de lo cual los médicos le recomendaron que fuera á los baños de Alanje, de donde volvió bastante aliviada. La enferma tenía la sensación del bolo histérico, y en años anteriores padeció de ataques convulsivos.

Con estos antecedentes procedió el Dr. Lupiáñez á la exploración, encontrando lo siguiente: Reflejos tendinosos normales. La sensibilidad, explorada á través de las ropas, dió una placa hiperestésica en la región interescapular; en el resto del cuerpo estaba normal. El miembro paralítico lo tenía en adducción; el antebrazo en flexión sobre el brazo; la mano y los dedos en extensión normal, cosa extraña, porque en las parálisis por lesión material la mano está generalmente, casi siempre, en flexión, y el dedo pulgar cogido entre los demás.

Diagnóstico. — La herencia neuropática, la hiperestesia de la región interescapular, la sensación del bolo histérico, la anuria—que por no ir acompañada de trastornos de ninguna clase, hace pensar en la sustitución de este medio de eliminación de venenos por otro (crisis sudorífica, abundante eliminación de saliva que acusó la enferma por esa época)—, los ataques convulsivos que en otro tiempo padeció la enferma y los trastornos

mentales pasajeros, hicieron que rápidamente diagnosticara de monoplegia histérica con contractura.

Es el histerismo una neurosis que se manifiesta en cada individuo con síntomas distintos, y aun en uno mismo, con manifestaciones variables según las épocas y circunstancias. Y se comprende que así sea. No se han encontrado, en efecto, ninguna clase de lesiones en el sistema nervioso de los histéricos. En favor de esto hablan también la súbita aparición y desaparición de sus síntomas, que, en último término, no son otra cosa que estados sugestivos de los enfermos. El histérico cree que tiene una cosa, y la tiene porque lo cree. En esta niña determinó en un tiempo los ataques convulsivos; en otra época el período de anuria, pues la falta de otro carácter indica que era histérica; después determinó los trastornos menstruales y últimamente ocasionó la parálisis; pero no una parálisis por lesión destructiva, sino por inhibición involuntaria de cierta región — la correspondiente al miembro superior — de la corteza cerebral.

La falta de lesiones materiales da la razón de la posibilidad de corregir los trastornos mediante operaciones á propósito, y de todo nada mejor que la sugestión. Es, á mi entender, el sistema nervioso del histérico, algo así como el barro, que se adapta á la forma que quiera darle la mano que lo trabaje. Si el escultor es malo, la obra resultará defectuosa, incompleta. Si es hábil, por el contrario, podrá hacer de esta misma obra defectuosa una soberbia obra de arte, corregir sus defectos, dar vida á lo que antes era sólo materia. El hábil escultor debe ser el médico. Diagnosticarlo y ver la manera de apoderarse de la voluntad maleable del histérico, para disponer el sistema nervioso de modo que obre en sentido favorable al fisiologismo, es el papel á su cargo encomendado, y que en este caso ha sido ejecutado brillantemente.

El tratamiento surgió rápido, con un éxito que nos dejó á todos estupefactos. Ordenó á la enferma que con la mano izquierda hiciera la señal de la cruz y que con la paralítica reprodujera la misma posición. La enferma, entre asombrada y asustada, viendo que le mandaba efectuar movimientos con una mano que hacía siete meses no podía mover, contestó que le era imposible; pero al hacérsela pasivamente, vimos todos que sin esfuerzo alguno conservaba aquella posición. Inmediatamente le mandó que desviara el brazo hacia fuera, pero la niña contestó nuevamente que no podía é intentó hacerlo ayudándose de la mano sana. El Dr. Lupiáñez le ordenó entonces de una manera imperativa que se fijara solamente en ésta, que le había colocado en alto, hecha la señal de la cruz, y ya apoderado de la voluntad de la enferma, poco á poco, en escasos segundos, como por arte mágico, relajó sus músculos hasta entonces en fuerte contractura; puso el miembro en extensión, y la niña, moviendo agitadamente los dedos y el brazo, como dudando de la verdad de lo que le ocurría, se abrazó á su padre, y llorando le dijo: «Ya estoy buena, vámonos con mamá». El padre, emocionado, sin querer dar crédito á lo que veía, miraba á su hija ya buena y al Dr. Lupiáñez, como si estuviera ante un ser sobrenatural, y nosotros, también emocionados, vimos cómo la niña, todavía llorando, daba la mano, momentos antes paralítica, al doctor, pero ya completamente curada». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 30 de Junio y 7 y 14 de Julio de 1908.

Tratamiento preventivo del tétanos. — El Dr. Labbé: Es preciso estudiar este asunto desde el punto de vista veterinario y de la medicina humana. La muerte por tétanos era frecuentísima en la yeguada de Piu hasta 1895. En aquella época principiaron á hacerse las inyecciones preventivas de suero antitetánico y desde entonces no ha habido un sólo caso de tétanos. En medicina humana los resultados obtenidos por el Dr. Bazy y por otros cirujanos son tales, que para cierta clase de heridas se imponen las inyecciones preventivas de suero antitetánico.

El Dr. Vaillard: Se desechan las inyecciones preventivas de suero antitetánico, porque cuentan en su activo algún fracaso. Estos fracasos se observan á veces en el laboratorio; no debe sorprender que se observen también en la práctica. Lo mismo ocurre con las inyecciones preventivas contra el carbunclo y el mal rojo del cerdo, y sin embargo no se discuten estas prácticas. He recibido una carta del Profesor de clínica quirúrgica de Rennes, en la que dice que el tétanos, del que se observaban 3 ó 4 casos todos los años en sus salas, ha desaparecido desde hace nueve años, es decir, desde que se practican las inyecciones preventivas. Se reprocha á las inyecciones lo momentáneo de su acción, pero repitiéndolas podemos prolongar todo cuanto deseemos el período de la inocuidad. De todos modos, estas inyecciones no deben emplearse en las excoriaciones y en las heridas simples, sino en las heridas complicadas, contaminadas, desgarradas, que contienen cuerpos extraños.

El Dr. Reynier: Los Dres. Championnière, Labbé y Vaillard apoyan su argumentación en afirmaciones, pero no han citado un hecho positivo. No me ocupo de lo que ocurre en el caballo; me atengo á la patología humana, y he observado, sin que intente explicarlo, que el suero es en el hombre menos activo que en el caballo. Puedo citar tres fracasos más de las inyecciones preventivas, uno de ellos ocurrido en la clínica del Dr. Tuffier; en los otros dos casos se empleó el suero seco.

Los nuevos anestésicos locales.—El Dr. Reclus: La anestesia local por la cocaína ha hecho grandes progresos. Es peligrosa, pero sólo cuando se emplean grandes dosis del anestésico. He practicado con la cocaína más de 1.000 operaciones, sin una muerte, pero observando las reglas siguientes:

1.ª Tener acostado al enfermo lo menos dos horas después de la operación. Por no seguir esta práctica, los dentistas han tenido accidentes que han desacreditado la cocaína.

2.ª La inyección debe ser continua, es decir, que cada capa debe insensi-

bilizarse sucesivamente. Conviene no olvidar que la zona de insensibilidad no se extiende á más de 1 centímetro del sitio de la inyección.

3.ª La dosis máxima no debe exceder de 20 centígramos.

4.ª La cocaína debe emplearse en disoluciones poco concentradas y la lentitud mayor ó menor de la inyección tiene una importancia considerable desde el punto de vista de la inmunidad.

Los nuevos anestésicos locales, propuestos para sustituir á la cocaína, me han dejado muy excéptico, si se exceptúa la estovaína. He obtenido con ésta resultados excelentes. Las críticas que se hacen á la estovaína carecen de fundamento. Se han referido casos de gangrena, pero jamás se han observado empleando las dosis debidas. Se dice que es una substancia vasodilatadora, pero el profesor Pouchet ha demostrado que es vasoconstrictora. Reconozco, no obstante, que la estovaína es algo menos anestésica que la cocaína, de acción más fugaz, algo más irritante y que el operado queda intranquilo por algún tiempo. Teniendo esto en cuenta, el Dr. Couteaud, médico de la marina, ha ideado emplear una mezcla á partes iguales de estos dos anestésicos locales, obteniendo las cualidades de los dos medicamentos, suprimiendo los peligros de la cocaína y el dolor que produce la estovaína. Por mi parte empleo una mezcla de tres partes de estovaína y una de cocaína, y sólo tengo por qué felicitarme del uso de esta mezcla.

Distensión exagerada y trabajo gástrico excesivo de origen taquifágico.—Los Dres. *Jacquet* y *Debas* expusieron el resultado de sus estudios practicados *in vitro* acerca de la influencia del estado de división de los alimentos sobre la digestión. El Dr. Jaugeas ha estudiado este asunto en el hombre por medio de la radioscopia. Ha sido posible así apreciar los perjuicios de la taquifagia; la masticación defectuosa obliga al estómago al ejecutar un trabajo compensado, y concluye por padecer, así que los taquífagos presentan, después de cierto tiempo, trastornos gástricos nerviosos y hasta hipertensión del estómago.

Algunas consideraciones sobre la naturaleza y las causas de la arterioesclerosis.—El Dr. Huchard: En la cuestión de la arterioesclerosis hay pocos hechos contradictorios, pero en cambio hay muchos contradictores. La divergencia de opiniones es debida á la falta de una definición exacta de la arterioesclerosis, á la confusión de esta enfermedad con el ateroma, que es sólo una lesión, á la importancia exagerada que se ha atribuído á las inyecciones experimentales de substancias hipertensivas, susceptibles de producir el ateroma, pero no la arterioesclerosis, y finalmente, al papel exclusivo en demasía que se atribuye á la hipertensión arterial y no á la intoxicación, que domina toda la historia clínica de este estado morboso.

Seré breve respecto á las causas. He formado una estadística de arterioesclerosis, en la que la gota (con la arenilla y las litiasis) está representada por 323 casos; el reumatismo por 232; la sífilis por 209; el régimen alimenticio por 184; el tabaco por 181; las enfermedades infecciosas por 67; la diabetes por 48; el alcohol por 27; el paludismo por 14; la menopausia por 12, y las causas morales y nerviosas por 19. La edad debe fijarse entre cuarenta y sesenta años. Según Cowan, la edad media es de treinta años. No incluyo 555 casos, porque las causas son dudosas. El saturnismo, cuyo modo patógeno es análogo al de la gota, no figura en esta estadística, porque la

intoxicación plúmbica se observa rara vez en cierta categoría de enfermos.

Esta estadística no concuerda con la de algunos autores que no incluyen entre las causas principales de la arterioesclerosis la sífilis, el régimen alimenticio y el tabaco. Respecto á éste, que figura en cuarto lugar en mi estadística, su influencia arterioesclerosa está ya demostrada, no sólo por los experimentos de Cl. Bernard que prueban la acción vasoconstrictora considerable de la nicotina, por los experimentos más modernos de Adler, Hensel, Guillain y Gy, sino también por los casos de estenocardias coronarias, de las que he observado ejemplos innegables.

Apoyándose en ideas puramente teóricas, algunos autores han atribuído á la arterioesclerosis un origen suprarrenal. Pero nada hay menos seguro, y recientemente dos médicos polacos, Hornowski y Nowicki (de Lemberg), han comparado 36 glándulas suprarrenales de arterioesclerosis con 122 de individuos no arterioesclerosos. Deducen de su examen que desde el punto de vista anatómico «no existe relación alguna entre el estado de la glándula suprarrenal y la arterioesclerosis». Por otra parte, Kalamkaron ha visto que la adrenalina no produce siempre lesiones vasculares, y que de 30 conejos el ateroma espontáneo existía sólo en 3.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 24 de Junio y 1.° de Julio de 1908.

Quiste de los ovarios; mola hidatiforme.—El Dr. Rochard: Nos ha enviado el Dr. Jenitel la observación de una mujer de veinticuatro años que, creyéndose embarazada, tenía metrorragias á los dos meses; después, en algunas semanas, se desarrolló un aumento considerable del vientre acompañado de fiebre, vómitos y malestar general. Al tacto vaginal se notaba que el útero era voluminoso y que en cada fondo de saco lateral había una tumefacción. La enferma fué histerectomizada; los dos tumores eran dos quistes de los ovarios; el útero contenía una mola hidatiforme. Recordaré que estos quistes son raros y que no se han publicado más que doce casos.

Fístula útero-intestinal y gran desgarro de la vejiga. — El Dr. Rochard: Esta observación, que también nos ha sido comunicada por el Dr. Jenitel, se refiere á una parturiente que, después de un parto asistido por una comadrona, tenía accidentes infecciosos. A pesar de un raspado que sólo produjo una mejoría momentánea, los accidentes persistieron y se observó que había una comunicación entre el intestino y el útero y un desgarro de la vejiga. Se practicó la laparotomía y se descubrió, por delante de la vejiga, un foco que contenía un vaso de pus, foco que fué taponado; se colocó en la vejiga una sonda permanente. Nuestro colega se proponía intervenir más tarde, pero al cabo de algunas semanas la herida vesical cicatrizó espontáneamente y se cerró la comunicación entre el útero y el intestino.

Estrecheces del esófago tratadas por la dilatación con el esofagoscopio.—El Dr. Routier: Nos ha comunicado el Dr. Juisey dos observaciones relativas

á este asunto. La primera se refiere á una mujer de veintisiete años, cuya estrechez era consecutiva á la absorción de potasa cáustica. Al cabo de cuatro meses y medio la disfagia era absoluta. La enferma fué cloroformizada y el esofagoscopio permitió reconocer la existencia de tres estrecheces situadas á 4, 12 y 20 centímetros del origen del esófago. En la primera sesión, estas estrecheces fueron franqueadas y superficialmente seccionadas, pudiendo pasar algunas bujías del número 16 al 22. Después de varias sesiones de dilatación la alimentación fué posible. En este caso, pues, se obtuvo un resultadó inmediato muy bueno. El segundo enfermo era un niño con una estrechez del mismo origen, en el que ya se había practicado dos veces la gastrotomía; pero en vista de que se acentuaban los accidentes caquécticos, se hizo la esofagoscopia, que reveló la existencia de una estrechez situada muy profundamente; gracias á la iluminación pudo ser franqueada fácilmente por una bujía, y en dos sesiones más se obtuvo rápidamente la dilatación; después se continuó el cateterismo durante algunos meses; la boca gástrica se cerró por sí sola y el desarrollo del niño se hizo con regularidad. De quince enfermos así tratados, nuestro colega no ha registrado más que dos fracasos. Este método presta, pues, reales servicios, puesto que permite descubrir con precisión el sitio de la estrechez, franquearla y dilatarla; si existen bridas, se las puede seccionar con la hoja del esofagotomo. De todos modos, cuando existen muchas estrecheces de cierta extensión la esofagoscopia es más difícil de ejecutar.

El Dr. Quenu: No soy adversario de este procedimiento, pero es necesario saber que no siempre da resultado. Uno de los fracasos del Dr. Juisey se refiere á un niño de cinco años, al cual había practicado ya dos gastrotomías necesarias. Después de haber intentado en vano el cateterismo de la estrechez, el Dr. Juisey lo ensayó por su procedimiento, pero también sin conseguirlo. Estas maniobras fueron seguidas durante cuatro días de disfagia casi completa, porque se desprendía de la pinza un tapón de algodón que fué expulsado por regurgitación. Otro niño de dos años se había tragado una rueda de un juguete; la radioscopia había indicado dónde se había detenido; el niño fué anestesiado y el Dr. Juisey trató de extraerlo sin que lo consiguiera; entonces hubo que hacerle la esofagostomía.

El Dr. Guinard: Aun reconociendo que la esofagoscopia marca un progreso, recordaré que es bastante difícil de practicar y que no está exenta de peligro. He visto un niño que tenía una estrechez grave, que sucumbió por la noche del día que se le operó.

El Dr. Tuffier: A pesar de los peligros del método no es menos útil, algunas veces yo he visto al Dr. Juisey obtener el éxito deseado dos veces en mi enfermería. Lo que me parece importante saber es cuánto tiempo quedan los enfermos curados. Si los cateterismos deben ser hechos por el mismo médico y prolongados mucho tiempo, esto resultaría una complicación.

El Dr. Kirmisson: La esofagoscopia es indudable que puede ser útil, pero no creo que deben pasarse en silencio los casos desgraciados. He aquí un ejemplo: un niño tenía una estrechez que no pude franquear; le hice la gastrotomía y más tarde el Dr. Juisey aplicó el esofagoscopio, que le permitió hacer pasar una pequeña bujía; en las sesiones siguientes pene-

traron bujías más gruesas, pero un día se produjo una perforación del esófago y una pleuresía purulenta mortal.

El Dr. Broca: Gracias á la esofagoscopia se pueden combatir los accidentes amenazadores, y por lo tanto el método es superior á todo otro procedimiento. En cuanto á la estrechez, que es necesario dilatar, es otro punto que nada tiene que ver con la esofagoscopia ó cuando menos cae bajo la acción de los procedimientos que se emplean en tales casos.

El Dr. Delbet: La esofagoscopia presta reales servicios cuando se ve el orificio estrechado del canal, puesto que guía el cateterismo; pero cuando se tienen que hacer incisiones, no encuentro las ventajas, puesto que la sangre y el moco no permiten descubrir dicho orificio.

Cáncer primitivo del apéndice. — El Dr. Potherat: He observado un caso de este género que voy á resumir: se trata de un hombre de cincuenta años, que había tenido desde un año antes crisis dolorosas que se suponían debidas á una apendicitis. Le operé y encontré por detrás del ciego el apéndice de 12 centímetros de largo y englobado por una masa dura que penetraba en el espesor del músculo ilíaco, en cuyo centro se encontró pus mezclado á líquido de apariencia mixomatosa; la curación ha sido normal después de la resección del apéndice y de la ablación de dicha masa; el examen microscópico ha demostrado que se trataba de un cáncer primitivo del apéndice.

Hernia apendicular.—El Dr. Kirmisson: Hace algún tiempo os comuniqué un caso de hernia apendicular y acabo de observar otro análogo en un niño de cinco años y medio, el cual tenía, á raíz del escroto, una tumefacción incompletamente reductible y distinta del testículo. Una incisión me condujo sobre el apéndice herniado, el cual resequé. Este caso se diferencia del primero en que no existía saco y el apéndice flotaba entre los elementos del cordón.

De la estrechez pilórica y del reumatismo de origen tuberculoso.—El doctor Poncet: La comunicación que hice acerca de este asunto ha sido discutida y criticada por algunos de nuestros colegas; he leído lo que han dicho y creo que entre nosotros no hay más que una errónea interpretacion. Se me ha objetado que no suministraba la prueba de la existencia de la tuberculosis por los medios ordinariamente empleados, como son la experimentación, la histología y la bacteriología. Hay, en efecto, una forma clásica de la enfermedad, que dichos médicos permiten afirmar descubriendo el bacilus Koch y demostrando que las inoculaciones son positivas. Pero ésta no es la sola forma que existe, puesto que entre ella y el grado menos pronunciado de la infección, hay toda una gama de variedades de tuberculosis y la forma simplemente inflamatoria es una de ellas que puede llevar ó no á la artritis seca, á la artritis fungosa, etc.

Esta forma no presenta ningún elemento característico de especificidad, y por esta razón se duda de ella, de lo cual estoy muy sorprendido, puesto que no se hace la misma objeción á otras infecciones. Así, por ejemplo, para la sífilis en los casos de gomas ó de úlceras, no se duda del origen y de la naturaleza sifilítica, aunque no se encuentre el spirochete. En estas infecciones hay distintos grados, y ello es lo que ocurre en la tuberculosis que puede producir artritis, esclerosis, etc., aunque no se encuentre el

bacilus de Koch. De esta noción filosófica y también clínica, nació en mi espíritu la idea de la tuberculosis inflamatoria. La he observado en numerosos enfermos que han llegado á ser tuberculosos y me he convencido que se trata del mismo proceso en las artritis, sinovitis, inflamaciones de las serosas (pleura, endocardio y pericardio), estenosis pilórica é intestinal, diversas esclerosis del hígado, de los riñones, etc. En todos estos casos no se encuentra el bacilo de Koch, puesto que no se trata más que de la forma congestiva simplemente inflamatoria, sin que por eso se trate menos de la tuberculosis; es una tuberculosis atenuada, y como para todas las infecciones atenuadas, no pueden hacer lo que hacen las tuberculosis purulentas; pedirle inoculaciones positivas, es ir demasiado lejos. Los exámenes histológicos son negativos en tales casos; esta verdad es innegable, pero sabido es que la histología, lo que ha descrito otras veces como exacto, no lo es actualmente.

En cuanto á la bacteriología, no puede ser más demostrativa; las toxinas son suficientes para provocar la inflamación; en cambio no tiene nada de extraño que el bacilo de Koch no se encuentre en las tuberculosis atenuadas, cuando tampoco se le encuentra muy á menudo en las lesiones más virulentas. No quiero abordar la cuestión del raquitismo tardío, que es ciertamente del mismo origen; tal es desde hace mucho tiempo mi convicción, y últimamente, en un trabajo salido del laboratorio de Senator, se estima que de 100 raquíticos hay 70 tuberculosos. Creo también en la frecuencia del lipoma tuberculoso; el lipoma subcutáneo no es diferente de los lipomas arborescentes, y de 11 casos de estos últimos, se han encontrado 5 evidentemente tuberculosos.

El Dr. Quenu: No dudo que las tuberculosis atenuadas puedan dar lugar á artritis secas, á lipomas ó á adenomas, puesto que se han encontrado en estos procesos bacilos de Koch; pero afirmar, como el Dr. Poncet, que ciertas lesiones que no tienen carácter específico son tuberculosas, como no poseo la prueba de ello, me falta toda razón científica para hablar en favor de este origen. El Dr. Poncet no es justo al juzgar la experimentación, la histología y la bacteriología. No basta discutir y llegar á conclusiones por analogía comparando las lesiones de las sinoviales con las de las serosas, puesto que son diferentes entre sí. En cuanto á afirmar que el raquitismo, los adenomas y los lipomas dependen de la infección tuberculosa, basándose en la clínica, no es más que lanzar hipótesis sin presentar las pruebas.

El Dr. Broca: De que un sujeto sea tuberculoso, no se desprende que todo lo que le ocurre depende de la tuberculosis. Me parece que el doctor Poncet discute como un metafísico y el razonamiento que ha expuesto conduce á la siguiente conclusión: no hay bacilos de Koch, luego se trata de tuberculosis. De este modo se llegará á creer que la afirmación de la existencia de dicho bacilo es un error.

El Dr. Reclus: Admito de muy buen grado que existen en un gran número los tuberculosos, pero encuentro peligroso el argumento, que basado en la concomitancia, conduce á la tuberculosis. La clasificación del doctor Poncet requiere pruebas más completas para ser adoptada, particularmente por lo que toca á los accidentes del trabajo.

El Dr. Delbet: Prosigo los experimentos relativos á las artritis secas;

de gran número de tentativas sólo he obtenido dos veces inoculaciones positivas. En cuanto á admitir como tuberculosas lesiones que no tienen de ello ningún carácter, no puedo participar de la opinión de nuestro colega.

(*Le Bull. Med.*)—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD DE MEDICINA DE LONDRES

Sección de Cirugía.

Sesión del día 16 de Junio de 1908.

Dislocación subcoracoidea humeral.—El Dr. *W. G. Spencer* narró un caso de dislocación subcoracoidea del húmero para reducir la cual necesitó excavar la cavidad glenoidea á través de una incisión intermuscular posterior. Formó un colgajo cutáneo posterior, separó el deltoides y el latísimo de la espalda, desprendió parte del infra-espinato y separó el redondo menor, dejando así al descubierto la cavidad glenoidea. Consiguió desprender un trozo considerable de hueso y de la cápsula engrosada sin lesionar el triceps ni el biceps, y en la cavidad formada así, colocó la cabeza del húmero por medio de la maniobra de Kocher. La herida operatoria curó por primera intención y el resultado funcional obtenido nada deja que desear. La operación se practicó á un hombre de cincuenta y tres años, y á los tres meses y medio de producirse la dislocación. El Dr. Spencer cree que la vía posterior tiene las ventajas siguientes: 1.ª, la división limitadísima de los músculos; 2.ª, no lesionarse arteria alguna; 3.ª, no quedar cavidad ni ser necesario el desagüe.

El Dr. *Warrington Haward* cree que esta operación es utilísima en el tratamiento de dicha dislocación.

El Dr. *Rushton Parker* dijo que el grado de incapacidad varía bastante en estos casos, pero que el resultado obtenido por el Dr. Spencer es muy satisfactorio.

El Dr. *J. H. Kellock* refirió un caso análogo al del Dr. Spencer, operado por una incisión anterior y aconsejó emplear una incisión combinada anterior y posterior.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*).

(*The British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 24 de Junio y 1.° de Julio de 1908.

Marcha á saltos con una sola pierna.—El Dr. *Gluck* presenta á un joven, al que le ha practicado hace trece años la desarticulación de una cadera, á causa de una tuberculosis avanzada de dicha extremidad, no obstante lo cual ha conseguido aprender á marchar á saltos con la otra extremidad de un modo notable por la seguridad y soltura con que lo hace.

Conservación relativa del lenguaje después de la amputación de la lengua.— El Dr. *Gluck* presenta á dos individuos con extirpación total de la lengua y que pueden hablar con bastante claridad. Describe la técnica operatoria que emplea; la operación la realiza por la boca ó por el cuello, según las particularidades del caso. Si, lo que es raro, se hace preciso practicar una resección del maxilar inferior, emplea entonces una protesis inmediata con pieza de oro ó de platino, que se tolera sin reacción alguna.

Reacciones obtenidas con ungüento de tuberculina y de toxina diftérica respectivamente. — El Dr. *Wolff-Eisner* dice haber hecho ensayos con un ungüento de tuberculina al 50 por 100, habiendo observado que sólo provoca reacción cutánea en los casos en que ha penetrado en los folículos pilosos; en las regiones desprovistas de pelo ó vello, v. gr., en las yemas de los dedos, no produce ningún resultado. La reacción viene á ser un término medio entre la cutánea de Pirquet y la conjuntival; mas como quiera que su obtención depende de la técnica empleada, debe considerársela como poco segura.

También el ungüento de toxina diftérica provoca una reacción cutánea; pero en este caso se trata de un veneno. En cambio la tuberculina es una endotoxina que en sí misma no es tóxica, pero que desarrolla propiedades tóxicas cuando actúa en el cuerpo de un tuberculoso.

Causas de la mortalidad infantil.—El Dr. *Tugendreich* diserta acerca de las estadísticas que se han publicado referentes á la mortalidad infantil y echa de menos en ellas la atención que se debía prestar al aspecto alimenticio del problema; en cambio, es lo más común que se preste una gran atención á la cuestión social. Y sin embargo enseña la experiencia que esta cuestión sólo tiene importancia en los niños criados con biberón, y que, en cambio, en los criados al pecho no ejerce ninguna influencia en la mortalidad.

El autor ha procurado, en sus investigaciones, estudiar un material clínico lo más uniforme posible, á saber, niños de familias obreras con muchos hijos. Ahora bien, en este caso se ha comprobado que la alimentación empleada es de una importancia casi decisiva; precisamente en dichas familias es donde la mortalidad de los niños criados con biberón adquiere aterradoras proporciones. En Berlín puede decirse que no existen las viviendas mal ventiladas, á las que tanta importancia se ha pretendido conceder. Y sin embargo se observa la misma cúspide estival en la curva de la mortalidad que en Dresde. Verdad es que en Munich no se observa esa cúspide estival; mas no por ello deja de ser igual el promedio de la mortalidad anual.

Nuestros esfuerzos deben dirigirse, sin ningún género de duda, á que se generalice la costumbre de criar los niños al pecho. Para ello tendrían mucha importancia estudios, que no se han hecho todavía, acerca del metabolismo nutritivo de las embarazadas y de las nodrizas. El autor ha observado de un modo indudable, en cierto número de nodrizas, aumento de peso, aunque su régimen alimenticio era el mismo á que suelen estar sometidos nuestros obreros, hecho que demuestra por lo menos que la alimentación corriente de la mujer del obrero es suficiente para sostener la lactancia. Con todo, es frecuente que motivos de orden social imposibi-

liten á la mujer para hacer de nodriza; tal sucede cuando tienen que trabajar todo el día en fábricas, lejos de su casa. Para remediar á este estado de cosas, propone el autor, á ejemplo de lo que se hace en Portugal, disponer en las fábricas locales en donde las mujeres pueden dar el pecho á sus hijos en los intervalos de descanso.

Estado actual de la cuestión de la tos ferina.—El Dr. *G. Arnheim* llama la atención sobre la gran importancia que tiene la tos ferina para la mortalidad de los niños, mortalidad que continúa aún siendo muy considerable, y menciona los diversos agentes que se ha pretendido hacer responsables de la patogenia de la enfermedad. Ahora reconoce como tal al bacilo descubierto por Bordee, y ha realizado diversos ensayos de carácter biológico, de los cuales parecen deducirse sus propiedades específicas. Interpreta la tos ferina como una enfermedad estrictamente local y cree además que su agente patógeno se mantiene acantonado en el punto en que se fija.

Laparotomía suprasinfisaria. — El Dr. *Blumreich* presenta á una mujer primípara, de veinticuatro años, en la que una estrechez de la tráquea obligó á provocar el parto prematuro. Cuando niña, hubo de hacérsele la traqueotomía á causa de la difteria, y más tarde le sobrevino un bocio, que creció durante el embarazo y dió origen á fenómenos de estrechez traqueal. Estos fenómenos se acentuaron tanto al empezar el décimo mes, que la enferma presentaba una grave ortopnea cuando ingresó en la Clínica. Hallándose indicada la inmediata provocación del parto y excluída la posibilidad de obtener dicha provocación por la vía natural, hubo de decidirse el autor por la laparotomía. Eligió para ello la vía suprasinfisaria y en su virtud trazó una incisión transversal por encima de la sínfisis; sin abrir el peritoneo puso al descubierto la porción cervical del útero, incindió la víscera en esta porción y llevó á cabo la expresión del feto y de la placenta. Desde el primer momento de la anestesia general (la lumbar fué ineficaz), se agravó la dispnea en tales términos, que fué preciso proceder en el acto á la traqueotomía; sólo después de esto es cuando se ejecutó la operación. Como es natural, el niño nació en un estado de asfixia profunda, pero se le pudo salvar y lo mismo á la madre.

La gran ventaja de la laparotomía suprasinfisaria es que con ella se evita abrir el peritoneo y que tampoco hace falta penetrar en el útero.

Quiluria. — El Dr. *E. R. W. Frank* refiere el caso de un hombre de cuarenta y seis años, de la Prusia oriental, que nunca ha estado en el extranjero, y que desde hace seis años viene presentando á temporadas el fenómeno de que su orina se pone blanca y lechosa, fenómeno que va acompañado á veces de retención de orina. El autor comprobó que la orina turbia procedía tan sólo del ureter derecho y que la del izquierdo estaba siempre transparente. El sedimento contiene colesterina, lecitina, algunos leucocitos y gotitas de grasa. Dicha orina se coagula espontáneamente y ésta es la causa de que algunas veces sobreviniera retención. El autor aconseja en estos casos el empleo de la sonda, sin recurrir á ningún otro tratamiento, puesto que el sujeto se encuentra completamente bien de salud.

El Dr. *Magnus Levy* hace notar que la unilateralidad de la afección depone contra la teoría de que en estos casos se pudiera tratar de una cualidad especial de la sangre.

Propiedades especiales del suero sanguíneo en los cancerosos. — El doctor de *Bergmann* dice que con motivo de sus estudios experimentales acerca de las propiedades antiproteolíticas del suero, ha observado que en los enfermos cancerosos está exagerada la inhibición proteolítica.

Para estas determinaciones se ha valido del procedimiento de Fuld. El suero se mezcla con caseína y se le añade tripsina en cantidad creciente, observándose entonces que en el suero de los cancerosos se necesitan mayores cantidades de tripsina para que se aclare la disolución.

Esta reacción, que deberá ser confirmada por medio de observaciones ulteriores, no es realmente típica del cáncer; parece, sin embargo, que puede tener su importancia en casos dudosos.

Influencia en los tumores malignos del atoxilo y del suero de una especie extraña. — El Dr. *A. Sticker* diserta acerca de las diversas posibilidades de obtener la citolisis: por medio del suero, de la acción del fermento y de la del antifermento. Distingue la autofermentación de la heterofermentación, y cuenta el atoxilo entre la primera y la albúmina, de especie extraña entre la segunda.

En los primeros experimentos hechos con el atoxilo se murieron los perros con síntomas de intoxicación arsenical. Administrando dosis más pequeñas, por de pronto se reducían de tamaño los tumores, pero pasado cierto tiempo se establecía el hábito y volvían á crecer de volumen, ó bien el atoxilo obraba por acumulación y los animales sucumbían por intoxicación arsenical.

También se reducían en sus dimensiones los tumores con las inyecciones hechas en perros de sangre recientemente desfibrinada, procedente de paloma ó de cordero; mas tampoco en este caso se obtenía un éxito completo, con tanto mayor motivo cuanto que se quebrantaba mucho el estado general del animal.

En el hombre se observó con este procedimiento una mejoría en las úlceras cancerosas, en la clínica de Bier, pero en ningún caso se llegó á comprobar una curación completa hasta la fecha. Para este caso parece que la sangre que da mejores resultados es la de cerdo.

Tratamiento antifermentativo del carcinoma. — El Dr. *Hofbauer* dice que toda célula normal del cuerpo posee propiedades fermentativas que la capacitan para apoderarse en la sangre de las substancias necesarias para su sostenimiento y para desdoblarlas y utilizarlas; esta facultad es regulada por el tejido conjuntivo, que posee poder antifermentativo. En el cáncer crece la cantidad del fermento y mengua, en cambio, la del antifermento. Por lo tanto, debemos añadir substancias que obren como antifermentos. Estas substancias son el suero de una especie animal diferente, el carbón animal, la quinina y el arsénico, que poseen la facultad de apoderarse del fermento.

Sabemos que ciertas ponzoñas de serpiente obran produciendo hemolisis, pero que esta acción sólo se observa á condición de que exista una proporción mínima de lecitina, mientras que la ponzoña misma es segregada en forma inactiva. La lecitina viene á ser el coenzima ó activador. Todas las células jóvenes, incluso las del neoplasma, contienen mucha lecitina. La colesterina es un antagonista de la lecitina, por cuanto es capaz de inhibir

ó anular su acción. También el suero de sangre de vaca es capaz de destruir la lecitina.

Con arreglo á estos principios ha tratado el autor 15 casos, inyectando suero de vaca, colesterina ó lactato de quinina, y sin atreverse á afirmar que hasta ahora se haya conseguido una curación, puede, sí, asegurar que se ha observado en el cáncer una modificación notoria.

Inyección de sangre placentaria en el carcinoma. — El Dr. *Falk* refiere que ha ensayado en el tubo de reactivo las substancias que debían obrar como antifermentativas y que ha visto que ninguna de ellas ha dado resultado. También han fracasado por completo los ensayos hechos con sangre placentaria, que se inyectó para contener el crecimiento de los tumores; al contrario, parece que con dichas inyecciones se estimuló dicho crecimiento.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 19 de Junio de 1908.

Autoplastia dural perióstica con ingerto cartilaginoso y oclusión mediante deslizamiento del colgajo.—El Dr. *Jorge Lotheissen* presenta un niño de dos años al que le ha practicado la operación mencionada en el epígrafe, á causa de una fractura complicada del cráneo con gran depresión de los fragmentos.

El Dr. *Alejandro Fraenkel* llama la atención sobre los buenos resultados que se obtienen en semejantes casos, cubriendo el defecto del cráneo por medio del método, tan sencillo como conservador, de la heteroplastia con celuloide, sin necesidad de afectar á la integridad del resto del esqueleto ni de inferir nuevas lesiones.

El Dr. *Lotheissen* hace observar que si es verdad que las reparaciones plásticas con celuloide dan en muchos casos excelentes resultados, en el referido por el autor, en el que se había desprendido el propio hueso, seguramente que también habría sucedido lo mismo con el celuloide, que al fin es un cuerpo extraño.

La reacción á la tuberculina en el sarampión. — El Dr. *Clemens de Pirquet* dice que la aplicación cutánea de la tuberculina se puede utilizar, no sólo para el diagnóstico, ó sea para saber si en un caso existe ó no tuberculosis, sino también para determinar diariamente la capacidad cuantitativa de reacción. Semejantes determinaciones sucesivas revelan, en la mayoría de los casos, una disminución gradual durante la tuberculosis miliar y una depresión completamente característica, pero transitoria durante el sarampión. Tal depresión la observó el autor en un caso permanente; pero Preisich, en Budapest, ha visto que se trata de un hecho de carácter general. Es una disminución que sobreviene de un modo completamente regular, tanto que puede utilizarse para el diagnóstico del sarampión. Nada parecido se observa en la escarlatina, la alfombrilla, la difteria, la fiebre tifoidea y la meningitis cerebro-espinal. En cambio parece presentarse una

disminución por el estilo en la vacuna, y probablemente también en la viruela.

Como causa de la disminución referida, se admite una absorción de los anticuerpos necesarios para la reacción á la tuberculina. A la falta de los anticuerpos que se observa durante el sarampión, hay que atribuir el hecho, demostrado por la clínica, de que la tuberculosis se propague á menudo con gran rapidez durante el sarampión.

La determinación sucesiva de la capacidad de reacción se presta muy bien para ilustrar la patogenia de la tuberculosis y sus relaciones con otras enfermedades infecciosas, y á diferencia de lo que sucede con la reacción provocada con fin diagnóstico, también se puede emplear con éxito en el sujeto adulto.—(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Patogenia del paludismo pernicioso. — La cualidad del terreno en el paludismo pernicioso, dice el Dr. W. H. Deaderick, no ha merecido la atención debida. En muchos casos esta influencia, no sólo produce el ataque, sino que determina también el tipo. Organos ó aparatos debilitados por padecimientos anteriores desempeñan cierto papel en la tragedia perniciosa. En los ataque álgidos y coléricos suele haber antecedentes de catarro intestinal, en los comatosos y delirantes de abusos alcohólicos, en los convulsivos de epilepsia, etc. Es probable que puedan explicarse de igual manera algunos casos de paludismo de forma disentérica, cardiálgica, sincopal, etc., descritas por los autores antiguos. Los enfermos palúdicos expuestos durante mucho tiempo al calor solar, están predispuestos á la fiebre perniciosa, sobre todo de forma cerebral. El peligro aumenta si al calor solar se suman la fatiga y la alimentación insuficiente ó inconveniente. Ciertos estados psíquicos ejercen también una influencia notable.

Además de estos cuatro factores principales, la congestión visceral y la obstrucción parasitaria de los capilares hepáticos se han considerado como importantes, pero es probable que su importancia sea muy pequeña. En la variedad comatosa no interviene ninguno de los cuatro agentes principales. Existe en la sangre un número extraordinario de parásitos, pero como no hay acumulación en el encéfalo, se cree que obran por su toxina. Ewing dice que hay toxemia general. Sin embargo, las autopsias practicadas por Marchiafava y Bignami prueban que en la mayor parte de sus casos comatosos fatales había localización cerebral notable de los parásitos. Davidson y Ruge creen que los capilares cerebrales están casi siempre llenos de parásitos en los individuos que han muerto de coma. Otras formas cerebrales perniciosas suelen estar asociadas con localizaciones parasitarias.

La variedad álgida, aunque es posible que dependa en ciertos casos de

la toxemia, suele ser debida á la aglomeración de parásitos en la mucosa gastro-intestinal. Davidson da la explicación siguiente:

«Los experimentos prueban que las vías digestivas se hallan en relación más íntima con el centro cardio-inhibitoria que otras partes del organismo, y que la irritación de estas vías, cuando es suficientemente enérgica, produce la inhibición cardíaca, con palidez de la superficie y acumulación de sangre en los vasos abdominales. Que el aparato digestivo es el centro del trastorno en esta forma de ataque pernicioso lo prueba, al parecer, el carácter de los trastornos que se asocian con tanta frecuencia en el estado álgido: dolor cardiálgico, vómitos y deposiciones coléricas».

Otras formas de paludismo pernicioso son debidas probablemente á la localización ó las complicaciones.—(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. G. Chavanhaz recomienda el siguiente manual operatorio, que reune las ventajas de la sutura plana y de la sutura en masa.

Primer tiempo: incisión de 8 á 10 centímetros, que interesa la piel y el tejido celular.

Segundo tiempo: incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, que deja al descubierto el anillo inguinal profundo. Los dos labios aponeuróticos son separados con pinzas.

Tercer tiempo: aislamiento del cordón espermático. Abierto el saco se le aisla lo más arriba posible del cordón por medio de una compresa. Se liga entonces el saco con catgut, después se le reseca y el muñón se retrae en la profundidad de la herida.

Cuarto tiempo: después de ligados los vasos subcutáneos se pasan, con una aguja de Emmet, tres hilos de plata, los que, excepto el peritoneo, comprenden todo el espesor de los labios de la herida. Por abajo, la aguja atraviesa la piel, el tejido celular, el arco de Falopio y, deslizándose por delante del cordón, sale por arriba á través de los músculos transverso y oblicuo menor, aponeurosis del oblicuo mayor, tejido celular y piel.

Quinto tiempo: mantenido el cordón en la profundidad de la herida, se reunen con una sutura á punto por encima el oblicuo menor y el transverso con el arco crural; otro plano de sutura cierra la brecha formada en la aponeurosis del oblicuo mayor. De este modo el cordón queda rechazado hacia el tejido celular subperitoneal.

Sexto tiempo: los hilos de plata se aprietan por torsión de sus extremos libres. Se asegura con crin de Florencia la coaptación exacta de los labios de la herida cutánea entre los puntos de la sutura con hilo de plata. Estos hilos metálicos quedan aplicados de diez á doce días.

De 68 casos operados así, sólo hubo dos recidivas en individuos que no llevaron vendaje después de la operación. En el acto operatorio se invirtieron de siete á veinte minutos.

(*Journal de Med. de Bordeaux*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL CEREBRO DE LOS CRIMINALES

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Miembro de la Academia de Medicina de Bahía.

(Continuación).

Anomalías en las caras interna é inferior del hemisferio.—En la cara interna de los hemisferios de los criminales se han descrito también frecuentes anomalías. Tenchini ha señalado el escaso desarrollo del *praecuneus*, como sucede en los simios; el mismo autor encontró en el 29 por 100 la cisura calloso-marginal extendida hasta la parte posterior del *praecuneus*, y su prolongación posterior muy profunda; las dos anomalías tienen significado filogenético.—Nosotros, en el hemisferio izquierdo de un alienado, hemos visto la calloso-marginal continuarse en la cara externa del hemisferio con el surco postrolándico.

Más importante es todavía la desaparición de los pliegues de paso que unen en el cerebro normal la circunvolución del cuerpo calloso á las circunvoluciones próximas (frontal interna, *praecuneus*, etc). Esta desaparición lleva consigo la delimitación completa de la circunvolución del cuerpo calloso (*gy. cinguli*) y del *gyrus hippocampi*, observándose en el cerebro humano la gran circunvolución límbica de Broca (*gy. fornicatus*), limitada por el surco del mismo nombre, normal en los animales carnívoros, y por lo tanto, de significación atávica.

Tal anomalía es más frecuente en los criminales que en los normales, y está en aquéllos distribuída más asimétricamente. En efecto, la continuidad del *sulcus cinguli* con el *subparietalis* y consiguiente desaparición del pliegue parietolímbico anterior, se en-

cuentra, según Giacomini, en el 30'6 por 100 de los hemisferios derechos y en el 35'2 por 100 de los izquierdos. Lattes, en los hemisferios de mujeres criminales por él estudiadas, la ha encontrado respectivamente en el 36 por 100 á la derecha y en el 44 por 100 á la izquierda.

En algunos casos, raros en verdad, el *sulcus subparietalis* comunica con el *cinguli* y termina en la perpendicular interna; hay, por consiguiente, desaparición de los dos pliegues parieto-límbicos, y aquí la separación de la cisura límbica es más completa. Encontró Giacomini esta anomalía sólo una vez en el lado izquierdo y otra en el derecho, entre muchos cerebros de normales; Lattes, en delincuentes (100 hemisferios) dos veces en el lado izquierdo y una en el derecho; Tenchini, en 280 hemisferios, 5 veces y todas en el lado izquierdo.

El *gy. hippocampi* normalmente se halla unido á la primera temporo-occipital (*fusiformis*), por pliegues de paso; si faltan, la gran cisura límbica es completa. El arco inferior, que así se llama, de la cisura límbica ha sido observado por Tenchini y Lattes en cerebros de delincuentes con más frecuencia á la derecha que á la izquierda.

En el *lóbulo orbitario*, Marimó, en 26 hemisferios, vió sólo en 2 la ausencia del surco central. El ilustre profesor G. Mingazzini indicó también un gran desarrollo del surco supraorbitario (carácter evolutivo) que parece semejar una nueva cisura calloso-marginal; y Lattes ha descrito modernamente y por primera vez, una nueva anomalía: la continuación del surco olfatorio, por delante y lateralmente, con el surco fronto-marginal.

III.—¿Los criminales tienen el tipo cerebral?

Es preciso decir antes qué se entiende por tipo en este caso: en mi opinión, un conjunto de disposiciones anatómicas que dan un sello característico. En las circunvoluciones de los criminales, hasta la hora actual, no se han encontrado variaciones lo suficientemente características para diferenciarlas de las del hombre honrado. El tipo cuaternario frontal, la confluencia de las cisuras (Benedikt) y la abundancia de pliegues anastomóticos (Giacomini) no pueden distinguir por sí solas el cerebro de los criminales. Una anomalía atávica, de las más notables, como puede ser la interrupción de la cisura de Rolando, la segmentación de la frontal ascendente, la hendidura de los simios, puede encontrarse en un cerebro normal

de un hombre virtuoso y trabajador; la rareza de estos casos ha sido demostrada en otras páginas, pero existen, tienen vida real y echan por tierra la existencia del tipo del cerebro de los criminales; no se puede siempre, no hay seguridad plena, por el estudio de las circunvoluciones cerebrales de un individuo, remontarse á su pasado psíquico.

Pero si en la ciencia debe ser uno radical con las utopias, no debemos tampoco, llevados por un radicalismo extremado, arrollar observaciones tomadas de la realidad y negar en los cerebros de los criminales y de los locos la existencia de frecuentes anomalías de forma y desarrollo que acompañan á la delincuencia, á la locura y á la suspensión de desarrollo, de las cuales son expresión. No afirmo la inferioridad de un cerebro por la presencia de un carácter regresivo; una anomalía de esta índole puede ser compensada; la sostengo, plenamente convencido, cuando están reunidas en tal número que la compensación no es posible, pues á la degradación macroscópica suele ir unida la microscópica y muchas veces la funcional.

Bien está que una vez demostrado que la hipótesis del tipo cerebral de los criminales carece de la base más fundamental, los hechos, la rechacemos hoy en absoluto; pero tampoco incurrir en el otro extremo, como Stieda (1907), para el que *el examen de la superficie de los hemisferios no suministra más datos que los que proporciona el examen de la palma de la mano.*

Citaría al ilustre profesor Stieda si no comprendiera yo que él está muy por encima á las apreciaciones que este argumento me puede sugerir, una frase muy expresiva de uno de mis maestros de la Facultad Médica de Valladolid: «las grandes instituciones se derrumban sólo con otras grandes instituciones».

El estudio del cerebro de los criminales ha entrado hoy por una nueva vía desde el conocimiento de las asimetrías; en ellos y en los normales las anomalías progresivas, que representan un estadio más avanzado de la evolución (la subdivisión del lóbulo frontal en cuatro ó cinco circunvoluciones, la duplicidad del *sulcus rostralis*—Mingazzini—, la situación superficial del *isthmus gyrus fornicatus*), se encuentran con más frecuencia en el hemisferio derecho; por el contrario, las anomalías regresivas, como el tipo pitecoide de la región parieto-occipital (por continuidad del s. interparietal y presencia del *s. lunatus*), la formación de la gran cisura límbica, situación superficial del *arcus intercuneatus* y del pliegue

cuneo-límbico, la interrupción del s. paralelo, la porción anterior de la cisura de Sylvio reducida á un solo ramo (Mondio), etc., se observan de preferencia en el lado izquierdo.

Las asimetrías pueden considerarse progresivas, ligadas á un mayor desarrollo del cerebro, del mismo modo que de las facultades psíquicas. Lattes, que ha estudiado cerebros de negros, de idiotas y de niños recién nacidos, observó que faltaban, por lo que se inclina á admitirlas como progresivas.

Muchas asimetrías se dan con más frecuencia en los criminales que en los normales (tales son en el hemisferio izquierdo el tipo pitecoide de la región parieto-occipital, presencia en la superficie del *arcus intercuneatus* y del pliegue cúneo-límbico); en el hemisferio derecho, el desdoblamiento de las frontales longitudinales se observa en los normales aproximadamente con la misma frecuencia que al lado izquierdo; en los criminales se observa casi siempre la anomalía á la derecha, sin que entre normales y criminales varíe la media total de esta anomalía.

Algunas asimetrías faltan en los normales y se observan, por el contrario, muy marcadas en los criminales; esto sucede con la comunicación del *s. cinguli*, con la cisura parieto-occipital y las anastomosis transversas de los surcos frontales.

En las primeras páginas de este trabajo hemos indicado marcadas asimetrías entre el peso de los hemisferios, más pronunciadas aún en los criminales que en los normales.

Lattes, que como hemos dicho, ha dedicado al estudio de las asimetrías muy notables estudios, no se atreve á afirmar si la presencia en los criminales de una mayor asimetría puede considerarse como indicio de superioridad cerebral. El valor de la asimetría podría determinarse parangonando la frecuencia de las diversas anomalías en los hemisferios de normales y criminales, y este parangón le ha dado resultados que le parecen contradictorios.

Ahora bien, yo creo que la cuestión puede plantearse del siguiente modo: los caracteres atávicos y progresivos del hemisferio izquierdo; los caracteres atávicos y progresivos del hemisferio derecho. No se puede decir hoy si el cerebro del delincuente ha evolucionado más ó menos que el del hombre normal; en cambio sí se puede sostener la cuestión refiriéndonos á un solo hemisferio.

Y estudiada la cuestión de esta manera, el mismo parangón que hacía Lattes no resulta ya contradictorio, sino perfectamente lógico. Según las cifras dadas por Giacomini, el desdoblamiento de las cir-

cunvoluciones frontales (carácter evolutivo) se observa con la misma frecuencia en los normales y en los criminales, pero en estos últimos hay gran asimetría, pues se observa casi siempre á la derecha; otra anomalía evolutiva, la interrupción del surco interparietal, se observa con la misma frecuencia en el hemisferio izquierdo de los normales y criminales, pero es mucho más frecuente en el derecho de los criminales; otras, de carácter simio, la situación superficial del *gyrus cunei* y del *arcus intercuneatus*, son más frecuentes á la izquierda en los criminales.

El hemisferio derecho de los criminales, hablo en general, se presenta más evolucionado que el derecho de los normales; el hemisferio izquierdo de los criminales presenta más caracteres atávicos que el izquierdo de los normales; en los delincuentes, las disposiciones atávicas del hemisferio izquierdo *tratan* de ser compensadas por las evolutivas del hemisferio derecho.

Lattes, al demostrar con otros autores que en el cerebro de los criminales hay, al lado de unas anomalías que indican retroceso, otras que indican adelanto, recuerda (se limita sólo á hacer esto) que la escuela de Lombroso, á los muchos caracteres de inferioridad encontrados en los delincuentes, había descrito ya otros progresivos, ya físicos (1), ya psíquicos (2).

En los criminales, al lado de los caracteres psíquicos progresivos: neofilia, genialidad, sentido artístico, se ofrecen otros como la crueldad, impulsividad, cólera, etc., que les asemejan al hombre salvaje; los criminales presentan en el hemisferio derecho, donde las más modernas investigaciones localizan las funciones más elevadas, las de la inteligencia, anomalías en las circunvoluciones de carácter progresivo, que elevan dicho hemisferio al estado actual de evolución; los criminales presentan en el hemisferio izquierdo, donde según las más modernas investigaciones radican los centros de asociación elemental psíquicamente inferiores y se hallan más desarrollados los centros de proyección, frecuentes anomalías atávi-

(1) Metopismo no patológico, huesos vormianos, atrofia de los dos incisivos laterales, menor frecuencia del tercer molar (M. Carrara); menor frecuencia de la sutura metópico-basilar (Sperino y Bobero); mayor frecuencia de rudimentalidad del hueso lagrimal (Bianchi y Marimó); menor número de vértebras y su fusión, desaparición de las dos últimas costillas, ausencia del plantar delgado, del piramidal del abdomen, del apéndice vermiforme, presencia de músculos supernumerarios en el antebrazo, alargamiento de la escápula y del sacro, ampliación del estrecho superior de la pelvis por mayor inclinación del hueso ilíaco, etc.

(2) Neofilia, sentido artístico, genialidad.

cas, que son á las evolutivas del hemisferio derecho lo que la crueldad, impulsividad, etc., son á la neofilia, genialidad, etc., entre los caracteres psíquicos.

No sostengo aquí, al hacer esta afirmación, que los criminales son impulsivos, crueles, etc., por los caracteres atávicos del hemisferio izquierdo; que otros están provistos de sentido artístico, amor á lo nuevo, etc., por los caracteres evolutivos del hemisferio derecho; podría demostrarse que entre unas y otras cosas no hay relación de causa á efecto; pero creo que aquí hay más que una simple coincidencia, y por lo menos yo invocaré siempre como la mejor prueba de que los caracteres psíquicos, atávicos y progresivos van con frecuencia unidos á los caracteres físicos, anatómicos (atávicos y progresivos también), la asimetría de las circunvoluciones del cerebro de los criminales.

IV.—Variaciones en el interior de los hemisferios

En los cerebros de estos seres infrasociales se ha señalado, además de un escaso desarrollo del cuerpo calloso, la ausencia frecuente de la comisura gris, lámina nerviosa del ventrículo medio que se extiende desde la cara interna de un tálamo óptico á la interna del correspondiente. Esta ausencia se observa en la proporción del 15 al 20 por 100 (Tenchini, Ferraz de Macedo), es más frecuente en el hombre que en la mujer, y su ausencia coincide muchas veces con una masa encefálica de peso superior al medio ordinario. Pero lo que es más raro aún, «la característica dominante de los individuos faltos de comisura, es la de revelar en sus actos psíquicos una precipitación singular, acompañada de cierta discordancia entre las impresiones internas y externas». Se refiere el Dr. Ferraz de Macedo á los desequilibrados, á los discordantes. Recientemente hemos visto nosotros también la ausencia completa de la comisura gris en un alienado, cuyos hemisferios presentaban, además, otras curiosas anomalías.

Pero con todo, yo me resisto por ahora á conceder un gran valor á la ausencia de comisura gris; nunca ver la relación entre causa á efecto, entre dicha ausencia y los desequilibrios mentales; tal vez tampoco una expresión de menor desarrollo.

La ausencia de comisura gris no implica, en nuestra opinión, variación de importancia alguna. Ya Viller (1), en trabajos reali-

(1) Viller: Rec. Anatom. sur la comissure grise, *Th. Nancy*, 1887.

zados hace bastante tiempo, demostró que las fibras nerviosas de la comisura gris no van de un tálamo á otro, sino que se acodan y vuelven al mismo formando dos ⊃⊂ acostadas, que se miran por su corvadura. La comisura gris no merece, en sentido estricto, esta denominación. Puede faltar, por lo tanto, la comisura gris, y las fibras que normalmente la constituyen, seguir un curso equivalente sin experimentar variación fundamental alguna. Una forma intermediaria entre la comisura gris y su ausencia completa, la hemos encontrado nosotros en otro cerebro, representada por unos tubérculos situados en el centro de la cara interna de los tálamos ópticos.

Pandolfini y Regnotti (ya citados) encontraron en un joven sordo-mudo, asesino, la *fusión de los tálamos ópticos* (normal en varios mamíferos inferiores), y algunos otros caracteres atávicos como la extensión del surco interparietal hasta el polo occipital (normal en los lemúridos).

El cráneo esclerótico (1.085 gramos) ofrecía metopismo, cresta occipital interna y foseta faríngea.

El profesor Valenti (1) observó también en 1896 las soldaduras de los thalamus en el cerebro de una prostituta; la soldadura tenía lugar en la parte inferior, y el examen histológico demostró que el tejido de un tálamo óptico se continuaba sin demarcación con el del tálamo opuesto; sólo los cortes correspondientes al cuarto posterior de la soldadura presentaban en la línea de unión una estriación más clara, constituída principalmente por células de neuroglia, como sucede en la *substancia cinerea*, de la cual representa restos.

Las secciones de los tres cuartos anteriores del fusionamiento, demostraban entre células de neuroglia la existencia de pequeñas células nerviosas fusiformes con varias prolongaciones.

Las astas posteriores de los ventrículos laterales eran muy pequeñas; las circunvoluciones y los surcos de la superficie cerebral, muy sencillos; el peso del encéfalo entero ascendía sólo á 1.150 gramos. La fisonomía de dicha prostituta era marcadamente masculina, y su talla pequeña, 1'56. Todo revelaba un escaso desarrollo.

(1) Valenti: Un caso de saldatura inmediata dei talami ottici. *Atti dell'Accademia medico-chirurgica*, 1896.

Citado por Lombroso: Le Crime, causes et remèdes, 2.ª edición, pág. 557, París, Alcan, 1907.

V. — Alteraciones histo-morfológicas de la corteza cerebral

Se deben al profesor Luigi Roncoroni (1) bellísimos estudios sobre la estructura de la corteza cerebral de los criminales natos y de los epilépticos. En sus primeras publicaciones, Roncoroni daba á conocer los resultados del estudio microscópico de 26 cerebros de epilépticos, 21 de criminales y 30 de normales; se sirvió del método de Nissl, modificado por él mismo: endurecimiento en alcohol, coloración al azul de metileno al borato sódico, decoloración con alcohol, 9 cent. cúb.; aceite de anilina, 1 cent. cúb.; solución saturada de eosina, 2 gotas.

En los lóbulos frontales de los normales encontró 6 estratos que, contados de fuera adentro, son: 1.°, un estrato molecular; 2.°, una capa granulosa superficial formada por grupos de células nerviosas muy pequeñas; 3.°, estrato de las pequeñas células piramidales; 4.°, de las grandes células piramidales; 5.°, un estrato granuloso profundo de pequeñas células; 6.°, estrato de células polimorfas.

En 7 epilépticos y en 7 criminales natos faltaba el estrato granuloso profundo; en 14 epilépticos y 6 criminales natos, estaba muy reducido; lo mismo sucedió con la capa granulosa superficial, aproximándose, por consiguiente, la estructura de la corteza de estos cerebros, á la de los animales inferiores. En los casos de epilepsia adquirida, por ejemplo, alcohólica, de delincuencia ocasional y de locura, la estructura de la corteza era normal.

En los criminales natos y en los epilépticos encontró Roncoroni predominio de las grandes células piramidales y polimorfas, mientras que normalmente son las triangulares ó estrelladas las que predominan; además, en ellos se pasa bruscamente de las pequeñas células superficiales á las grandes pirámides. Las células piramidales gigantes son más numerosas y voluminosas que normalmente.

El número de células nerviosas es muy inferior al normal. En la substancia blanca de los epilépticos y criminales natos se encuentran bastantes células nerviosas, pequeñas y pobrísimas de subs-

(1) Roncoroni: La fine morfologia del cervello degli epilettici e dei delinquenti. *Archivio di Psichiatria*, 1896, vol. XVII, fasc. 1 y 2.

Les anomalies histologiques du cerveau des épileptiques et des criminels-nés. *Revue scientifique*, 1896.

tancia cromática, las cuales son muy poco frecuentes en los individuos normales.

No pueden ser más importantes los resultados de los estudios del profesor Roncoroni; la anormal estructura de la corteza cerebral expresa ciertamente un desarrollo imperfecto del sistema nervioso, que conduce á la locura ó á la epilepsia.

No hace mucho el mismo autor (1) publicó nuevos estudios sobre el particular; estas segundas investigaciones recayeron en 33 epilépticos y 16 criminales natos; observó en el 27 por 100 de los primeros y en el 25 por 100 de los últimos, la ausencia del estrato granuloso profundo, y su reducción en el 49 por 100 de los primeros y en el 39 por 100 de los segundos. En el 80 por 100 de los epilépticos y en el 43 por 100 de los delincuentes estudiados las grandes células piramidales estaban dispuestas oblicuamente y su número muy disminuído.

Y los estudios de Roncoroni han sido confirmados. Anomalías análogas describió Angioella en un homicida alienado, Folli en 6 criminales epilépticos, Laura en 5 criminales natos (2); Pelizzi (3) en idiotas epilépticos encontró también inversión de los estratos de las células piramidales; Popoff, Betz y Köster encontraron anomalías análogas á las descritas por Roncoroni, también en idiotas; Pilcz en la frenosis maniaco-depresiva; Burzio en los cretinos.

T. Kaes, en un notable estudio sobre el «*Espesor de la corteza como factor del desarrollo del cerebro y de la inteligencia*» (4), refiere que la corteza de un asesino y de un criminal habitual de cincuenta y cinco años, tenía menos fibras que la del hombre normal.

G. Sala, en un trabajo notable publicado en la *Rivista sperimentale di Freniatria* (1906, pág. 508), escribe: «No creo necesario tomar en particular consideración cuanto Roncoroni de modo especial asegura haber encontrado en la corteza de los epilépticos, me refiero á la anormal disposición de los estratos corticales y á las anomalías en la orientación de las células piramidales».

(1) Roncoroni: Anomalies hysto-morphologiques dans les criminels et les epileptiques. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXVII, fasc. VI, 1906.

Véase también Roncoroni: Sul'anatomia patologica dell'epilesia. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXVIII, fasc. I-II, 1907.

(2) Citados por C. Lombroso: Le Crime, causes et rémèdes, pág. XVI. Bibliotheque de Philosophie contemporaine. París, Alcan, 1907.

(3) Pelizzi: Idiozia ed epilessia. *Archivio di Psichiatria*, XXI, 1900, página 409; *Annali di Freniatria*. 1900.

(4) T. Kaes: *Neur. Centralbl.*, XXIV, 1905.

Podríamos recordar á dicho autor que los estudios de Roncoroni han sido confirmados; de la misma bibliografía referida por Sala transcribimos lo siguiente, una serie de anomalías observadas por distintos autores, idénticas unas á las descritas por Roncoroni, parecidas otras y confirmativas todas.

Tedeschi encontró en el hemisferio izquierdo de un epiléptico que la corteza estaba singularmente simplificada en su estructura (página 492). Alzheimer encontró que la destrucción de las células nerviosas era considerable, especialmente en el segundo estrato; otras células estaban empequeñecidas (pág. 485). Rispal y Anglade observaron que las células piramidales habían perdido su forma y su volumen; algunas presentaban el cuerpo hinchado y vacuolizado, del cual se separaba una prolongación filiforme y tortuosa. Otras, por el contrario, presentaban el cuerpo tan reducido y la prolongación protoplamástica principal tan aumentada de volumen, que era imposible decir dónde acababa el uno y dónde comenzaba el otro (pág. 495). Marinesco ha observado siempre en el tercio superior de la frontal ascendente y en el lóbulo paracentral células piramidales de Betz más voluminosas que sus congéneres (pág. 496). Weber afirma que la inversión y la desorientación de los estratos celulares de la corteza se encuentra sólo en los casos de profundas alteraciones del tejido nervioso cortical, y en los casos de graves enfermedades de la corteza. En la epilepsia tardía se observa proliferación desigual de la neuroglia, alteraciones vasales y de la disposición estructural de la corteza (pág. 498). Tedeschi encontró en la autopsia de una idiota epiléptica, en la corona radiada, la substancia blanca sustituída por la gris (pág. 499). Weygandt ha observado algunas veces, en la corteza de los epilépticos, alterada la disposición de los estratos y de las filas de células corticales (página 499). Turner ha descrito lesiones de las células de Betz, del protoplasma y del núcleo, y notado la presencia de células nerviosas en la substancia blanca (pág. 501).

El Dr. Sala, á quien la anatomía y patología del sistema nervioso deben importantes descubrimientos, no ha creído conveniente tomar en particular consideración los estudios de Roncoroni; yo no coincido en esto con la opinión de Sala, y les he dedicado un capítulo aparte. Contra gustos, decimos en España, no hay nada escrito.

El camino está señalado; el estudio de la corteza cerebral de los criminales y de los epilépticos reserva aún grandes sorpresas; Roncoroni ha estudiado sólo la corteza del lóbulo frontal, por lo que

convendría extender las investigaciones á todos los centros de asociación y proyección; los que tengan material para continuarlos deberán aprovechar la ocasión, y todo servirá para confirmar más aún la doctrina lombrosiana de la delincuencia congénita.

VI.—Alteraciones patológicas

«En las alteraciones patológicas—escribe Dallemagne (1)—tenemos una fuente de enseñanzas de carácter menos especulativo y de significación más cierta. Es evidente que toda lesión del encéfalo debe trastornar considerablemente el funcionamiento cerebral y que la anormalidad del acto que constituye el crimen se explica fácilmente ante la presencia anormal de desórdenes, sea en la superficie, sea en el interior de los centros nerviosos superiores. Y es probable que la experiencia continua, que ha hecho justicia á las concepciones *a priori* relativas al tipo, consolidará, por el contrario, las relaciones que se han podido ya concebir entre ciertas manifestaciones criminales y ciertas categorías de lesiones y perturbaciones cerebrales».

Lombroso, que estudió 90 cerebros de criminales, encontró 20 veces modificaciones patológicas de las cubiertas y concluyó que los delincuentes rivalizan con los locos, y á veces los sobrepasan, en las enfermedades del cerebro. Flesch (2) en 28 cerebros de criminales encontró en 14 lesiones de las meninges (adherencia á la corteza, de la dura madre á la calota craneanas y paquimeningitis), de los vasos (ateroma) y aun focos morbosos.

Bordier (3) en 1879 publicó un notable estudio sobre los caracteres anatomo-patológicos de 36 cráneos de asesinos guillotinados; encontró en la mayor parte lesiones de los huesos y de la meninges, especialmente en las zonas centrales, grandes congestiones, pérdidas de substancia, erosiones, depresiones en canal, ulceraciones sifilíticas; la osteoporosis, indicio de circulación exagerada, ofrecía también su máximum de intensidad al nivel de los centros motores.

Otros muchos autores encontraron en autopsias de criminales le-

(1) Dallemagne: Stigmates anatomiques de la criminalité, págs. 121 y 122.

(2) Flesch: Ueber einige pathologische Funde bei Verbrechen und Selbstmördern. *Sitzungsber. der phys. med. Gesellch. in Würzburg*, 1880, 1881. Ueber Verbrecher Gehirne. *Centralbl. f. d. med. Wissench.*, núm. 11, 1882.

(3) A. Bordier: Etude anthropologique sur une serie de crânes d'assassins. *Revue d'Anthrop.*, 2 fasc., 1879.

siones análogas. En un joven falsificador observó Lambl (1) la parencefalia con destrucción de las raíces de la primera frontal. María Kauster, de quince años, que mató á su madre para heredarla, tenía paquimeningitis hemorrágica (Hotzen) (2).

En algunos cerebros de criminales se han encontrado también regiones de la corteza y aun de la substancia blanca más ó menos invadidas por la esclerosis; microscópicamente se halla caracterizada por la presencia de numerosas y largas fibrillas, que en algunos puntos se agrupan formando fascículos; emanan de las células neuróglicas, y, como Chaslin (3) ha demostrado, en los cerebros de epiléticos, los vasos no ofrecen indicios de inflamación; Tedeschi (4), que estudió la gliosis cerebral descrita por Chaslin, encontró además en unos epilépticos entre las mallas células especiales que por su volumen, protoplasma, núcleo, espacio que las circunda y prolongaciones, se avecinan más á las células ganglionares que á las de neuroglia; cree que en estos casos se trata de formas esencialmente neoplásicas (5).

VII.—Observaciones

I. Personal.—Cerebro perteneciente á un epiléptico (cuarenta y cinco años de edad).

Hemisferio izquierdo. (Véase fig. 4).—Los surcos frontales superior é inferior no intervienen en la formación del surco prerolándico, de tal modo que delante de la frontal ascendente las dos primeras frontales parecen formar una circunvolución transversal. El surco prerolándico desciende más que el de Rolando, está muy bien limitado y ofrece gran profundidad; comunica por surcos terciarios con la cisura central.

La frontal ascendente presenta en su extremidad inferior una prolongación vertical de la cisura de Sylvio, y contribuye á formar dos pliegues de paso oblícuos que la unen á la tercera frontal y parietal ascendente.

(1) Lambl: *Westphal. Arch. f. Psychiatrie*, 1889.

(2) Hotzen: Befunde am Gehirn einer Muttermorderin, 1866.

(3) Chaslin: Note sur l'anatomie pathol. de l'épilepsie dite essentielle. *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1989, pág. 169.—Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale. *Arch. de med. exper. et d'anat. pathol.*, 1891, núm. 3.

(4) A. Tedeschi: La gliosi cerebrali negli epilettici. *Riv. sperim. di Freniatria*, fasc. III-IV, 1894.

(5) Casos análogos han descrito Klebs, Fleischl, Perles, Kummel. Hartdegen, Baumann, etc.

La segunda circunvolución frontal se halla invadida por surcos profundos, transversáles y anteroposterior que la descomponen en pliegues secundarios (*tipo cuaternario incompleto* de Giacomini).

El pliegue de paso que normalmente une la segunda frontal con el *cabo* de la tercera es en este ejemplar superficial (11 milímetros en su parte media) é interrumpe el segundo surco frontal.

La cisura rolándica no empieza en el ángulo formado por la de Sylvio y su prolongación ascendente; de esta última la separa una distancia de 23 milímetros. Empieza en el ángulo formado por la cisura de Sylvio y un surco ascendente, posterior al normal, de 18 mi-

Figura 4.

límetros de altura, abandonado también por dicha cisura. La distancia que separa la extremidad superior de la cisura de Rolando á la anterior del hemisferio es de 121 milímetros; á la posterior, 77; la extremidad inferior á la anterior, 80; á la posterior, 113. Hemos obtenido estas medidas con el compás de espesor.

El surco postrolándico neto é independiente, excepto en la parte superior donde comunica con la calloso-marginal; su extremidad inferior incurvada hacia adelante, secciona casi por completo la parietal ascendente, ancha en sus $^2/_3$ inferiores, muy adelgazada en su parte superior.

El lóbulo parietal superior, bastante complicado, da lugar á los dos primeros pliegues de paso de Gratiolet, que en vez de cruzar en sentido anteroposterior y ocultar la perpendicular externa (de 30 milímetros de profundidad en el borde del hemisferio), se hacen

transversales (el superior contribuyendo á formar su labio anterior), se dirigen abajo y afuera y terminan del modo indicado. — La parietal inferior, desdoblada por un surco profundo y central, que sólo se halla esbozado normalmente, y que sigue exactamente su trayecto. — Entre las dos circunvoluciones parietales hay una circunvolución parietal accesoria, cuya extremidad inferior termina en el pliegue curvo.

El lóbulo parietal no puede ofrecer más complicación, lo que demuestra un gran desarrollo de esta zona de asociación; sin embar-

Figura 5.

go, el lóbulo occipital de este hemisferio presenta caracteres regresivos (*sulcus lunatus*, situación superficial del pliegue cuneo-límbico). Este caso es, por consiguiente, una forma de transición entre los tipos regresivo y progresivo de la zona de asociación parieto-occipital.

Hay también en este hemisferio gran desarrollo del pliegue de paso temporo-parietal de Broca (circunvolución temporal-transversa de Heschl); delante está limitada por el canal postero-inferior de la ínsula; detrás, por un surco profundo que termina en la cara externa del lóbulo temporal continuándose con el primer surco temporal.

La cisura calloso-marginal, que comunica en el borde superior del hemisferio con el surco prerolándico, no merece en este ejem-

plar la denominación de *festoneada* que dió Pozzi á esta cisura. La circunvolución frontal interna se halla recorrida por un surco anteroposterior; el pliegue cuneo-límbico es superficial como en los simios.

Hemisferio derecho. (Véase fig. 5).—Desdoblamiento más pronunciado de la segunda frontal; división incompleta por el primer surco frontal de la circunvolución frontal ascendente en dos segmentos, de los cuales el superior representa $^1/_5$ y el inferior los $^4/_5$ que restan.

La extremidad superior de la cisura de Rolando dista de la anterior del hemisferio 121 milímetros; de la posterior, 77; la inferior de la anterior, 88; de la posterior, 113.

Estas cifras, aproximadas, son elevadas especialmente si se comparan á las dadas por C. Féré como resultado de gran número de mediciones en los normales: la distancia que separa la extremidad superior de la cisura de la anterior del hemisferio es de 111 milímetros; de la extremidad posterior, 49 milímetros; la distancia de la extremidad inferior y la anterior y posterior del hemisferio es de 71 y 89 milímetros respectivamente.

El surco postrolándico comunica con la silviana y es de mayor longitud que la cisura de Rolando; envía también á esta cisura un surco que segmenta casi á la parietal ascendente. El lóbulo parietal inferior es también complicado y se une á la primera temporal desdoblado en dos pliegues.

La perpendicular externa está solo iniciada.

Se observa confluencia bastante pronunciada en las cisuras y surcos.

(*Concluirá*).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Mecanismo de la incubación de la sífilis. — II. Predisposición y receptividad. — III. Etiología de la sífilis. — IV. Parasitología del tracoma. — V. Difusión de la tuberculosis. — VI. Flora faríngea: una nueva levadura. — VII. Abscesos calientes producidos por el bacilo de Koch. — VIII. Sobre la transmisión hereditaria de la inmunidad contra la rabia. — IX. Más sobre el mecanismo de la incubación de la sífilis. — X. Teñido ó pintado de los quesos de Holanda. — XI. Patogenia de la atrofia infantil. — XII. Las píldoras como infectantes.

I. Levaditi y J. Yamanouchi han hecho investigaciones sobre el mecanismo de la incubación de la sífilis (cámara anterior del conejo) (*Soc. de Biol.*, 1908).

En el período que precede á la aparición de signos visibles de queratitis específica, al principio, antes de organizarse el fragmento de córnea introducido en la cámara anterior, la multiplicación de los treponemas es muy lenta; pero en cuanto el tejido se enriquece en células estrelladas y epitelios, los parásitos abundan por modo extraordinario, se agarran á ellas, penetran en su protoplasma y constituyen verdaderos centros de multiplicación en medio de los nódulos epiteliales.

La duración larga del período de incubación es, pues, debida á las dificultades que encuentran los parásitos para aclimatarse á las nuevas condiciones de vida y de nutrición. No logran desarrollarse hasta que se ponen en contacto con las células vivas, y de éstas, prefieren los epitelios y también los endotelios que tapizan los vasos linfáticos.

De modo que la comprobación de espirocetos típicos en vía de desarrollo, en cualquier momento de la incubación, prueba que aquél no corresponde á un ciclo evolutivo de estos microorganismos.

II. El profesor Lucibelli hace un estudio de la predisposición y de la receptividad y lo termina con estas conclusiones (*Giornale intern. delle Scienze mediche*, 1907):

1.ª La predisposición y la receptividad representan una deficiencia orgánica en la facultad de crear alexinas y antitoxinas.

2.ª Parece demostrado que en el organismo de los animales hechos receptores, gracias á los daños realizados quedan resíduos de substancias tóxicas, capaces de acentuar la evolución de las infecciones y de añadirse á éstas, aumentando su virulencia.

3.ª De la crítica de todas las indagaciones, á lo menos en lo relativo á la receptividad artificial, puede asegurarse que no hay una receptividad ni una predisposición específica. Este resultado experimental es confirmado por la observación clínica.

4.ª La sangre de los animales receptores sufre notables modificaciones en relación con el número de leucocitos, la alcalinidad, la densidad y el índice crioscópico, los cuales, considerados en relación con otros fenómenos, pueden llegar á tener valor diagnóstico, pero no significado característico absoluto.

En estos resultados es de notar especialmente una marcada leucopexia de los animales inoculados con suero de animales lesionados y más todavía en los inoculados con suero procedente de conejitos de Indias lesionados y tratados con toxina diftérica. En este concépto es comparable por completo la leucocitosis obtenida en otros animales lesionados y tratados con toxina diftérica y pneumococos.

Este contraste, que es el exponente del estado de capacidad fagocitaria de los animales sometidos á experimento, concuerda perfectamente con la riqueza y la pobreza orgánica de los animales receptores, por lo cual puede demostrarse siempre, como procedente de los leucocitos, el estado de inmunidad ó de predisposición, de refractariedad ó de receptividad.

III. Una de las cuestiones más interesantes de las tratadas en el Congreso de Berlín, y de las que más llamaron la atención, ha sido la etiología de las sífilis.

Una de las secciones de la Exposición de Higiene estuvo destinada por completo á este asunto, siendo la más notable la colección de Hoffmann. Había en ella figuras de cera representativas de las más variadas lesiones sifilíticas y de la etiología de esta infección, así como de las espirocetosis en general. Hubo acuerdo unánime respecto al agente patógeno, excepto Siegel que sigue defendiendo, solo, su *cystorictes*.

Se habló de la transmisión de la sífilis á los animales, hoy resuelta. Metchnikoff la ha probado en los monos antropomorfos y en los catarrinos, y Bertarelli en el conejo, perro y otros mamíferos inferiores. Parece indudable que en los antropomorfos se generaliza como en el hombre, siendo las lesiones y el cuadro clínico muy se-

mejantes en ambas especies; que en los catarrinos hay marcada tendencia á la localización, que puede ser meramente cutánea, y que en los conejos y otros mamíferos la localización es decidida. Se la puede obtener en la córnea y Prandi la ha notado en otros órganos, testículo, por ejemplo.

Bertarelli desarrolló el tema de la etiología, completándolo Hoffmann y lamentando todos que Schaudinn hubiera fallecido.

Muchos parásitos han sido considerados como causantes de la sífilis, y de todos ellos sólo el más reciente de Siegel merece alguna discusión. Este, tres años atrás, reveló en las manifestaciones sifilíticas unos corpúsculos redondos que recuerdan las formaciones internas que se van encontrando en muchas lesiones. Siegel no ha fijado bien el cómo y el por qué son estos corpúsculos el agente de la sífilis, pero sí ha reconstruído todo un ciclo del supuesto parásito. Cuantos han investigado en este sentido, no sólo le niegan especificidad, sino que dudan sea un verdadero parásito. En su defensa presentó al Congreso preparaciones y una comunicación que no han cambiado el pensar de los demás. Al contrario, después de pequeñas protestas, fácilmente deshechas, ha sido aceptado por todos el espiroceto de Schaudinn.

La especificidad morfológica de este parásito no es fácil de definir y sería exponerse á error referir á un tipo inmutable todas las formas que puede tener en la sífilis. Unas veces falta la ligera flexuosidad que fué descrita como típica del espiroceto pálido; otras, el número abundante de las espiras ó no están tan apretadas como en los ejemplares modelo. No es negable que puede haberlos en lesiones sifilíticas indudables con formas que más se asemejan al espiroceto *refrigens* ó á otrós, ni tampoco que otros caracteres (espiras cerradas, extremos adelgazados, etc.), pueden no existir ó ser poco manifiestos. Más de esto á negar la especificidad media mucha distancia. Hoy, si tenemos en cuenta la presencia del espiroceto en todos los períodos de la sífilis, en la hereditaria y en la de los animales, así como todas las investigaciones hechas, hay más razón en considerar al espiroceto de Schaudinn como causante de la sífilis, que al de Hansen como productor de la lepra. Las objeciones hechas contra el modo de prepararlo (sobre todo la impregnación con nitrato de plata) y contra la especificidad, no prueban gran cosa : todo lo más que debe procederse con cautela al admitir su presencia en cortes en que sea escaso. Del debate salió victorioso el espiroceto, á pesar de faltar la prueba de los cultivos.

La objeción más seria ha sido hecha por Moreschi, relativa al valor que debe darse á la desviación del complemento en el diagnóstico latente de sífilis (reacción de Wassermann), pero no va dirigida sólo contra ésta, sino contra todo diagnóstico biológico específico fundado en dicha desviación. El hecho es grave y exige nuevos estudios para resolver este punto de carácter general (Bertarelli, *La Rassegna di Terapia*, 1907).

IV. En las células epiteliales de la conjuntiva de los tracomatosos, Halberstadter y Prowazck (*Arbeiten a. d. k. Gesundheits*, 1907), han encontrado inclusiones fuera del núcleo, teñibles según el método de Giemsa, y de aspecto particular. Son similcócicas, escasas unas veces, abundantes otras, siempre desemejantes entre sí y con frecuencia dispuestas en forma que recuerda los diplococos. En algunos casos ocupan estas formas un largo trayecto.

Sólo en los tracomatosos han sido halladas, y existen también en los animales inoculados (cerdos). Creen son verdaderos parásitos (clamidozoos).

V. Continúan en todas partes los estudios acerca de la difusión de la tuberculosis. Expongo dos trabajos alemanes, aparecidos en *Zeitsch. für Hygiene* de 1907.

H. Ziesce trata de la difusión realizada mediante las gotitas de saliva en los tísicos que tosen. Calcula que sólo del 30 al 40 por 100 de tuberculosos esparcen la infección de este modo; pero esta proporción es mayor si se repiten las investigaciones en el mismo enfermo. Si la mayoría de las gotitas (pobremente bacilíferas) provienen de la boca, también las hay de origen bronquial, y éstas contienen muchos bacilos. Colocando de 0'40 á 0'80 metros de distancia de estos enfermos láminas de cristal, se recogen gotitas en la quinta parte de éstos, que contienen de 400 á 20.000 bacilos, y en las otras cuatro quintas partes menos de 400, ó no existen.

Si nos fundamos en los experimentos de Gerhard, Preyss, Findel, según los cuales son á lo menos precisos de 200 á 400 bacilos para infectar al hombre, se comprende que será difícil sea atacado el que permanece poco rato cerca de un tuberculoso, el que se halla á un metro de distancia ó el que está en sitio opuesto á la proyección de las gotitas.

No corre, pues, gran peligro el médico, y es muy pequeño el del laringólogo, porque si el enfermo tose al hacer el examen, lo hace con la glotis cerrada y sólo lanza líquido bucal con pocos ó ningún bacilo. El peligro es mayor para los que conviven con el enfermo,

sobre todo en los casos de madre é hijo ó de enfermeros que los asistan directamente.

H. Findel se ocupa en el estudio de la inhalación y en el paso por la vía alimenticia. Ha sometido á aquélla 83 conejitos de Indias, que recibieron dosis de 20 á 290.000 bacilos.

El resultado fué: con dosis de 62 bacilos se produjo siempre una tuberculosis mortal; con dosis menores, de seis animales fueron tratados tres con 40 y tres con 20; de éstos sólo hubo infectos dos con lesiones microscópicas y uno que á los cincuenta días presentaba una iniciación de lesión tuberculosa, y de los que recibieron 40, á los ochenta y cinco días uno tenía principio de tuberculización y dos dieron resultados negativos. De lo que se desprende que para los conejitos adultos la dosis mortal por inhalación es de 62 bacilos, y con dosis menores, hasta 20, el resultado es incierto. En los jóvenes probablemente bastará una cantidad menor.

En los experimentos relativos á la penetración por las vías digestivas, las dosis fueron de 19.100 á 382.000 bacilos. En ninguno de los 14 animales se halló ni el más leve indicio de tuberculosis, á pesar de tan enormes cantidades y de esperar ciento setenta y cuatro días. Si, como han hecho algunos autores, hay que dar 10 gramos de cultivo bacilar para producir la tuberculosis, resulta que la dosis por la vía intestinal ha de ser 6.000.000 de veces mayor que por inhalación.

Sin querer aplicar al hombre lo que ocurre en los conejitos, es indudable que estos hechos inducen á creer que la vía respiratoria es de gran importancia en la adquisición de la tuberculosis.

VI. Haciendo siembra con la capa que cubría la faringe de un enfermo afecto de angina crónica, A. Clerc y A. Sartory (*Sociedad de Biología*, 1908), han aislado, además del pneumobacilo de Friedländer, una levadura que no es ninguna de las encontradas hasta ahora en las anginas ni es el hongo del muguet.

Se desarrolla á 37° en los medios usuales de cultivo y en la zanahoria produce una colonia característica, primero blanca, luego rosada; no han visto que diera nunca micelio ni esporos. Inoculada al conejo y conejito de Indias, da lugar á nudosidades subcutáneas, á abscesos circunscritos, en que se encuentra el parásito.

VII. La etiología de los abscesos calientes provocados por bacilos de Koch, ha sido comprobada por Marfan y Oppert (*Soc. méd. des hóp.*, 21 febrero de 1908) en el pus de un absceso ganglionar cervical de marcha aguda en un niño de quince meses, confirmando los

tintes y los experimentos en los animales que eran tales bacilos y no los ácido-resistentes. En este caso, aparte de tratarse de un absceso caliente tuberculoso, había de notable el número enorme de bacilos de Koch.

VIII. Remlinger ha tratado (*Soc. de Biol.*, 20 febrero de 1908) una cuestión interesante, la transmisión hereditaria de la inmunidad contra la rabia. Pregunta: ¿los padres vacunados contra la rabia pueden transmitir á sus descendientes un cierto grado de inmunidad? Los experimentos han sido hechos en el conejo. El padre, aun sólidamente inmunizado, no transmite inmunidad alguna, pero la madre sí transmite cierto estado refractario, sobre todo cuando la vacunación ha sido continuada intensivamente durante la preñez. La inmunidad es, por tanto, conducida por la placenta más bien que por el óvulo. De todos modos la transmisión no es constante, y cuando la hay no es difícil triunfar del estado refractario. En todo caso no la hay más que en los fetos de este embarazo, no en los de otros sucesivos.

IX. En la misma Sociedad han tratado Levaditi y T. Yamounochi del mecanismo de la incubación de la sífilis. En investigaciones anteriores (queratitis sifilítica del conejo) habían observado que la incubacción correspondía á una multiplicación lenta del tripanosoma en el punto de inoculación, y que éste en la córnea lograba multiplicarse mucho y determinaba en ella lesiones microscópicas largo tiempo antes de las alteraciones visibles (véase el primer apartado de esta Revista).

Estos datos han sido confirmados en el chimpancé. Inoculado en el arco superciliar con fragmentos de córnea sifilítica, sucumbió á los treinta días sin revelar el menor síntoma del sifiloma primario; y, sin embargo, el examen histológico de la región reveló lesiones microscópicas específicas vasculares y una gran multiplicación del parásito, cuya disposición en focos era de las más características. Es decir, cuando todavía no se ve el sifiloma macroscópico, hay ya un sifiloma microscópico.

X. El teñido ó pintado de los quesos de Holanda es el motivo de una industria especial (cultivo de una planta) y un asunto que deben conocer los médicos y los higienistas.

La planta que se utiliza para este tinte es la *Tournesolia tinctoria* (tornasol), que habita en la región mediterránea y que desde remotos tiempos se cultiva en la región de Gard, cerca del pueblo Grand Gallergues, para fabricar el *tornasol en trapos*. Se prepara

ésta recogiendo las sumidades floridas y los frutos, machacándolos y extrayendo el jugo. Se empapa en él trozos de tela para embalar, luego *regados con orina* y secos rápidamente, se les coloca entre dos capas de paja sobre montones de estiercol de caballo en fermentación que desprendan mucho amoníaco. Al cabo de una ó dos horas toman un hermoso color azul. Se les vuelve á secar y se repite las operaciones todas, dejándolos sobre el estiercol hasta que adquieran un hermoso color púrpura. Así se les expide á Holanda.

En Holanda los maceran en agua, á la que dan color azul, en la cual son sumergidos los quesos y luego se les pone á secar. Los ácidos butírico, láctico, valeriánico y otros ácidos volátiles que impregnan el queso hacen virar al rojo la materia colorante azul, que queda fija en la corteza (*Gaz. méd. belge*, 1907).

XI. R. Pagano (*Pediatria*) ha estudiado experimentalmente la patogenia de la atrofia infantil.

Da á unos cuantos conejos jóvenes, para apreciar la acción de la alimentación insuficiente, una cantidad mínima de leche normal, y para la de la defectuosa, leche acidificada y pan averiado. Todos ellos adelgazan mucho y toman un aspecto *atrófico*, cesan de crecer y pierden las fuerzas por modo acentuado. El efecto era mayor en los animales tratados desde los primeros días.

La alimentación anormal produjo en ellos, no sólo un estado atrófico, sino también un raquitismo notable con tumefacción ósea en el tórax y miembros superiores. Esto confirma la opinión de Fede, quien dice que la mala alimentación produce primero la atrofia y luego el raquitismo. Los animales murieron más ó menos rápidamente.

Es posible, pues, reproducir en los animales un estado atrófico más ó menos análogo al de los niños. Es producido por una intoxicación general, á su vez determinada por los trastornos gastro-intestinales que producen, ya en virtud de los errores del régimen, ya de las lesiones anteriores con frecuencia hereditarias, del tubo digestivo, fermentaciones anormales y toxinas.

XII. Aparte de los varios inconvenientes que tiene administrar los medicamentos en píldoras, Altona (*Rivista d'Igiene e Sanità publica*, 1907), ha demostrado que tienen otro: ser vehículo de bacterias saprofitas y de bacterias patógenas. El hecho es tan sencillo y tan admisible, que es raro no haya sido antes advertido.

Para probarlo, Altona ha puesto varias recetas con los medicamentos que se dan de ordinario en forma pilular, las ha hecho des-

pachar en varias farmacias sin decir el objeto y las ha sometido á minuciosa labor investigatoria, valiéndose de las cajas de Petri. La presencia de bacterias saprofitas y patógenas ha quedado probada por modo indudable. Esta forma farmacológica, mucho más que otra, está expuesta á contaminaciones; contacta no poco con aparatos no limpios y con dedos sospechosos.

Surge de aquí un precepto: suprimir la forma pilular definitivamente ó cuando menos reducirla cuanto se pueda. Nos hemos habituado á recetar siempre agua hervida; habituémonos á no prescribir píldoras, que puede darse el caso que hasta las *desinfectantes obren como infectantes*. Hace años sigo el precepto. Es verdaderamente notable que seamos tan pulcros en unos casos y tan abandonados en otros. El rasero debe ser el mismo en todas estas condiciones.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Cáncer del estómago.—(Terapéutica.—Intervención quirúrgica y resultados. Un caso de extirpación (gastrectomía) curado).—El Dr. R. Lozano, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza, publica en *La Clínica Moderna* el siguiente interesantísimo caso:

«Juliana Imas, natural de Azagra, provincia de Navarra, de cincuenta años de edad, casada y dedicada á las faenas propias de su sexo. Su padre murió de enfermedad de estómago, que la enferma no sabe precisar. La madre vive. Ha tenido siete hermanos, de los cuales dos murieron por enfermedades gástricas. La enferma en su juventud ha sufrido la difteria. Quince meses antes de su ingreso en la Clínica tuvo un cólico con vómitos. A partir de aquella fecha siente todos los días pesadez en el estómago tras de las comidas y muchos eructos ácidos. El día 1.° de abril de 1908 ingresó en nuestra Clínica para curarse su enfermedad gástrica. La enferma no da importancia á su lesión. Vomita á intervalos irregulares, que llegan á ser de tres ó cuatro días. El dolor es constante, aunque poco intenso, y se localiza en la unión del epigastrio con el hipocondrio derecho. La enferma sólo puede tolerar los huevos, los caldos y la leche. Se halla muy demacrada y su facies de color amarillo pajizo. La piel arrugada y seca, como suele presentarse en las enfermas cancerosas del estómago.

La exploración descubre la existencia de una induración pequeña, sin límites fijos, existente al nivel del ombligo, que aparece y desaparece con

rapidez. Nada de infartos ganglionares en la ingle ó en el hueco supraclavicular. El análisis del jugo gástrico acusa vestigios de sangre é hipoclorhidria. Se diagnostica: *cáncer* del estómago.

El día 22 de abril de 1908 se le anestesia en la sala de operaciones y entonces pueden apreciarse mejor los caracteres del tumor. No cabe duda de que se trata de un tumor y que éste se halla implantado en el estómago. Se procede á la operación, y como se comprueba la exactitud del diagnóstico, se procede á la gastrectomía. La exploración previa lo revela exento de adherencias y con dos infartos ganglionares en la curvadura mayor y uno en la menor. Estos infartos pueden extirparse juntamente con el neoplasma. Previa la hemostasia por ligadura de la coronaria estomática y de la gastro-epiplóica, secciónase el estómago según una línea perpendicular á su eje mayor, aunque oblicua de arriba abajo, de izquierda á derecha. Se corta por detrás del píloro y resulta extirpado un trozo del estómago de 15 centímetros de longitud en su lado mayor y 10 en el menor. El conjunto extirpado era la mitad próximamente del estómago normal. Se ejecutó la sutura del muñón gástrico y la del intestinal separadamente. Se puso en comunicación el trozo gástrico con el intestino yeyuno por medio de una gastroyeyunostomía posterior. Como se ve, era el procedimiento segundo de Billroth el que nosotros hemos practicado en este caso clínico. Se cerró el abdomen en la manera ordinaria y la enferma conducida á la cama. Pocas horas después podía ingerir leche y caldo con tolerancia gástrica absoluta.

El día 5 de mayo de 1908 salió de la Clínica, tolerando el caldo, la leche, huevos y algún picadillo de carne. La herida abdominal cicatrizada completamente. La enferma se hallaba bien veinte días después, fecha en que marchó á su pueblo de Navarra. Las funciones gastrointelectuales se hacían regularmente. Sólo guardaba la precaución de tomar pequeñas cantidades de alimentos Su cara y su espíritu habían mejorado notablemente.

He aquí un caso de gastrectomía parcial por cáncer que fué seguido de curación y que hace concebir esperanzas en que ésta sea duradera. Si meditamos sobre la suerte que hubiese cabido á esta enferma abandonada al curso natural y espontáneo de su cáncer, ó ayudada de los medicamentos aconsejados como paliativos de los síntomas que tiene el cáncer gástrico, llegaremos á la conclusión de que su alivio habría sido muy ligero y su muerte muy temprana. El dolor y la intolerancia gástrica con nada habríanse vencido tan seguramente como se vencieron con la operación quirúrgica. El estado caquéctico que se iniciaba habría continuado cada vez más intenso.

Examinando la pieza anatómica extirpada por medio de la operación, nos convencimos de la imposibilidad de una buena digestión. Forzosamente habían de ocurrir dolores, retención alimenticia, fermentaciones anormales y reabsorciones de los productos de éstas. El cáncer se hallaba infiltrando la pared gástrica en casi toda la extensión que fué extirpada. La mucosa sobre todo estaba destruída y sustituída por muchas vegetaciones. Resultaba más de la mitad de mucosa gástrica inutilizada para la secreción. La falta de jugo gástrico daba origen á una apepsia que minaba la existencia de la enferma, tanto por falta de nutrición cuanto por

intoxición con los productos de fermentaciones. Y todo esto aumentado con el dolor y las hemorragias que hacían un martirio constante el vivir de la pobre enferma.

Kronlein ha calculado que un enfermo de cáncer del estómago en estado todavía operable, pero no operado, vive ciento nueve días. Esto es: que vive menos, un año menos que lo calculado en general, y como término medio de los enfermos á los cuales se les ha practicado la gastrectomía. Pero nuestra enferma se halla hoy en la posibilidad de que su curación sea definitiva. Puede acontecer que su cáncer no se reproduzca.

La siguiente lista indica bien claramente que la curación del cáncer del estómago no es tan rara como se supone ordinariamente. Wolfler (*Berlin Klin. Wochensch.*, 1896), según indagación personal, ha recogido 14 casos que se hallaban curados después de dos años de haber sido operados. Czerny, Hahn, Gersuny, cuentan de tres casos que viven después de cuatro años de la operación. Los cuatro de Billroth, Kocher, Maydl, Wolfler, viven después de cinco años. Kocher y Ratimoff cuentan dos de más de ocho años. Guinard (Thèse de París, 1898) enumera los siguientes: Uno de Moutaz que vive después de dos años. Uno de Lauenstein después de dos años. Uno de Penguiez después de cuatro años. Uno de Carle que vive después de cinco años. Tres de Schuchardt, Funke y Hochenegg que ha vivido desde dos á tres años. En el *Deutsche Gesellsch f. Chir.*, 1898, Kronlein recuerda dos casos bien curados después de cuatro años. Czerny tres de dos, siete y ocho años. Löbker dos casos que viven cinco y siete años. Hahn un caso que vivió siete años. Más recientemente, en la inauguración de la Asociación sueca de médicos de Estokolmo, el profesor John Berg ha tratado de su experiencia sobre el carcinoma del estómago desde el año 1887 á 1906. El total de operaciones realizadas por él, ó sus ayudantes, fué 225. De éstas, había 79 resecciones ó gastrectomías parciales. Entre ellas hay 62 hechas en los últimos diez años y contábanse nueve muertes operatorias, ó sea 14'5 por 100. El profesor Berg de uno que se halla curado después de diez años y otro cinco años y medio. Este Profesor añade que aunque la operación no sea curativa, sino que sólo ejerza efectos paliativos, prefiere la gastrectomía á la gastroenterostomía, porque la vida del paciente es más llevadera y cómoda (*confortable*) después de la primera que después de la segunda (*The Lancet*, mayo 25 de 1907).

Ultimamente, el profesor Kocher ha referido en el *Korrespondenzblatt fur Schweizer Aerzte* los resultados de 122 casos tratados por él. Comienza diciendo que realiza cada vez menos la operación paliativa de gastroenterostomía por los resultados malos que ha obtenido. En los diecisiete años de 1881 á 1898 practicó gastrectomía 52 veces y todos estos casos han sido publicados por el Dr. Broquet. En los años siguientes realizó 45 operaciones, los resultados de las cuales fueron publicados por el Dr. Matti. Ahora añade el profesor Kocher 25 casos más operados durante dos años y medio.

La mortalidad ha decrecido de 34'6 por 100, que resultaba en los casos publicados por Broquet, á 17'7 por 100 que tiene en los de Math. De los 25 últimos casos, sólo sucumbieron cuatro, ó sea 16 por 100. Estos cuatro casos habían sido operados anteriormente ya, ó tuvieron graves complicaciones. Pero fueron 19 los operados y curados sin accidentes, lo cual habla

muy en favor de la técnica empleada. En este trabajo hace algunas afirmaciones el profesor Kocher, que merecen tenerse en cuenta. «La importancia del diagnóstico precoz. En todo caso, en el cual se sospecha un cáncer, reconocimiento bajo la anestesia deberá ser ejecutado. La suerte de tales enfermos se halla en manos del cirujano». El profesor Kocher tiene, entre los 95 casos operados en los tres últimos años, 13 que se hallan en salud perfecta y 18 que han muerto de otras enfermedades distintas del cáncer y sin que éste se haya reproducido.

Pero no es sólo la prolongación de la vida lo que indica la intervención quirúrgica. El bienestar que obtiene el enfermo después de la operación, la desaparición del dolor y de los vómitos, la supresión de la intoxicación, levantan de tal modo sus fuerzas y su espíritu que su situación moral y material mejoran en términos de aconsejar la operación, aunque la muerte acontezca en el mismo plazo que si el enfermo no se hubiere operado. Mikulicz dice: «un sólo día de prolongación en la vida del enfermo es suficiente para justificar la operación». La prolongación de la vida en bastantes casos y el hacerla más agradable, son dos compensaciones suficientes para los riesgos que pudiera tener. El estado de los enfermos después de operados, aunque en ellos se reproduzca el neoplasma, merecen alguna atención por parte del médico. Los productos del metabolismo neoplásico ya no son absorbidos para ocasionar la anemia y la caquexia. La digestión en el estómago y en el intestino se hacen en buenas condiciones y por ello las fuerzas del enfermo se restablecen. Mintz ha probado que la normalidad del jugo gástrico después de la gastroenterostomía paliativa en caso de cáncer no se restablece. En cambio la normalidad de este jugo es absoluta después de la resección ó gastrectomía, según dice el mismo autor.

La mortalidad operatoria de la gastrectomía parcial fué muy grande en los primeros tiempos de su ejecución. A medida que se han diagnosticado los cánceres más á tiempo, y mejorando la téctica operatoria, se ha llegado á cifras de mortalidad bajas. Tan bajas, que hoy puede aconsejarse la operación en todo caso de cáncer gástrico en el cual el enfermo tenga resistencias para soportar la operación y en el cual el neoplasma sea extirpable.

El cáncer será extirpable siempre que no tenga adherencias con los órganos próximos, cuando la propagación ganglionar no pase de los dos primeros ganglios existentes en las curvaduras del estómago ó cuando no haya señales de profunda caquexia.

A este propósito resultará instructivo publicar los resultados aislados obtenidos por algunos cirujanos, mejor que hacerlo de las estadísticas en conjunto. Kronlein, en 1898, tenía los resultados siguientes: De 24 casos murieron 5; de las primeras 4 resecciones murieron 3 (1881-1888); de las 20 restantes sólo murieron 2 (1888-1898). La historia de estos enfermos, en número de 19, es como sigue: 8 murieron de cáncer reproducido, 2 en el primer año, cuatro en el segundo y dos en el tercero. La duración de la vida en estos 8 pacientes fué por término medio 507 días: 2 de los 19, murieron de enfermedad intercurrente (miocarditis, pneumonía) en cuatro meses después de la operación, pero sin reproducción cancerosa; 8 pacientes vi-

vían en julio de 1898, libres de reproducción; 6 habían pasado un año de la operación, y 2 cuatro años. Un caso vivía con reproducción, treinta meses después (*Archiv. f. Klin Chir.*, 1898, p. 447). Maydl (*Medical Press*, octubre, 1899), publica 25 operaciones por carcinoma del estómago; 4 pacientes murieron, directa ó indirectamente, á causa de la operación en dos, tres y cinco días; 1 de embolia en la pierna derecha; 7 curaron de la operación y abandonaron el hospital, pero sufrieron reproducción cancerosa poco tiempo después. El término medio de vida fué once meses; 14 enfermos estaban ya curados en el momento de la publicación: de éstos, 7 habían vivido más de dos años, y 7 cuatro años. Sería prolijo exponer más estadísticas. Por las citadas basta para formar clara idea del término medio de las reproducciones, de las muertes operatorias y de las curaciones. Se echa de ver que con el progreso de la ciencia disminuye la mortalidad operatoria, la cual desciende en manos del gran cirujano suizo de 36 por 100 á 16 por 100, que resulta en los últimos años. No es mortalidad exagerada si se piensa que son casi todos los enfermos decrépitos y viejos. La prolongación de la vida es bastante importante, pues alcanza 507 días en las estadísticas de Kronlein. Los enfermos abandonados á sí mismos han vivido 109, contados desde el momento en que fué diagnosticado su cáncer y el enfermo todavía en condiciones de operabilidad.

Finalmente, todos los autores poseen en sus estadísticas casos que pueden considerarse como curados definitivamente ó que murieron sin reproducción de enfermedad intercurrente. Los que sufrieron reproducción cancerosa, vivieron hasta que tal se presentó en mejores condiciones que si no hubiesen sido operados.

Del conjunto de los pocos datos enumerados en este modesto artículo, se adquiere el convencimiento de que el cáncer gástrico es operable. Que la técnica actual promete mejores resultados que en las operaciones por cáncer de la mama ó por cáncer del útero. Si se recomienda, sin reparos, la extirpación del cáncer cuando recae en la mama ó en el útero, con más motivo deberá aconsejarse en el cáncer del estómago. Ni la mortalidad operatoria, ni el temor á acortar la vida del canceroso, deben ya detener al cirujano y al médico. El alivio que proporciona la operación en todos los casos, la curación radical en muchos y el triste y desesperado porvenir que espera el canceroso cuando se le abandona á los recursos médicos justifican la intervención quirúrgica. Sólo las contraindicaciones que nacen del mal estado general del paciente ó la imposibilidad de extirpar radicalmente el cáncer cuando es demasiado extenso ó tiene adherencias, detendrán la mano del cirujano en estas intervenciones.

Todo el problema estriba en que el médico de cabecera diagnostica pronto el neoplasma del estómago. Aquí, como en la tuberculosis del pulmón, el diagnóstico precoz es garantía de posible curación».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesiones de los días 21 y 28 de Julio de 1908.

Diferentes vías de propagación secundaria del treponema pálido; su papel en la expresión sintomática de la enfermedad y posibilidad de oponerla un obstáculo por el tratamiento local atoxiliano.—El Dr. HALLOPEAU: La multiplicidad de los modos de propagación del contagio sifilítico elaborado en la induración primitiva ha sido, hasta en las obras clásicas más modernas, desconocida casi en absoluto. En todas las escuelas dermatológicas, los sifiliógrafos más autorizados no admiten más que la *vía linfática con el ganglio satélite;* Lang admite, desde 1896, que *este contagio puede pasar directamente á la circulación sanguínea, y que es también susceptible de infiltrarse de capa en capa en los intersticios del tejido conjuntivo ambiente*, sin interesar los troncos linfáticos ni sus ganglios. En nuestra comunicación *sobre las localizaciones sistemáticas del treponema pálido*, dirigida en 1907 al Congreso de Nueva York, dimos á conocer un cuarto modo de invasión independiente de la influencia ganglionar: nos referimos al *paso directo del treponema de las paredes de los linfáticos penianos* (en dicho trabajo sólo nos ocupamos de los chancros del pene) al tejido conjuntivo y al tegumento externo que les rodea. Además del transporte por los vasos linfáticos y el ganglio satélite, que son de observación diaria, hemos demostrado, por hechos innegables, la realidad del paso, bastante frecuente, del contagio á través de los intersticios del tejido celular conjuntivo en una zona de 12 á 15 centímetros á su alrededor; el desarrollo precoz y superabundancia en esta región de sifílides, en ciertos casos gigantescas, no puede ser interpretado de otro modo; este modo patógeno es, según toda probabilidad, aplicable á las sifílides papulotuberculosas exuberantes y confluentes, tan comunes alrededor del ano y de la vulva. Lo mismo ocurre en los casos en los que hemos visto localizarse pápulas voluminosas y salientes, á veces ulceradas, en el trayecto de los troncos linfáticos infiltrados del pene. Finalmente, Eric-Hoffmann ha encontrado treponemas en la sangre venosa tres semanas antes de la aparición de la roseola, y ha obtenido inoculaciones positivas con sangre recogida cinco semanas después de aparecer el chancro.

Nos proponemos demostrar que estos diferentes modos de propagación influyen de un modo evidente y considerable sobre las manifestaciones iniciales del período secundario, y también, según toda probabilidad, sobre la evolución ulterior de la enfermedad, sobre todo si se consigue poner un obstáculo por un tratamiento local y general apropiado.

Los hechos observados nos conducen á afirmar que *la roseola, sifílide atenuada, es producida exclusivamente por la acción del treponema, cuya virulencia*

ha sido atenuada por su paso á través del ganglio directo. Los resultados del tratamiento local del chancro indurado confirman esta opinión. Este tratamiento consiste en su esencia en inyecciones cotidianas de atoxilo cristalizado á la dosis de 10 centígramos en el trayecto de los linfáticos procedentes del chancro. En la actualidad empleamos la disolución al 5 por 100, que es siempre bien tolerada, mientras que la disolución ordinaria al 10 por 100 produce casi siempre dolor, infarto y dureza; además tratamos localmente la ulceración chancrosa con una pomada ó una disolución de atoxilo cristalizado (10 centígramos por 100 gramos) ó de atoxilo en polvo, cuando es bien tolerado; en la actualidad empleamos de preferencia el aceto-toxilo, de acción menos irritante. *En los enfermos tratados así no se observó roseola, y los demás accidentes secundarios fueron casi siempre más ó menos tardíos.* La acción medicamentosa sobre los ganglios impidió la aparición de la roseola, pero este tratamiento local no pudo oponerse al paso de los agentes infecciosos á la circulación general, probablemente por los capilares y venas perichancrosas, penetrando así el treponema en el torrente circulatorio. Podemos, pues, formular la proposición siguiente: la roseola es función de la adenopatía primitiva.

Podría objetársenos que otro modo de introducción de medicamentos específicos puede ejercer la misma influencia sobre la roseola. En efecto, el Dr. Lenglet ha observado que en los sifilíticos tratados durante el período primario por las inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio no se observa roseola; creemos que esta acción inhibitoria puede explicarse por la destrucción de los treponemas ó por la atenuación de su virulencia, *á consecuencia de su paso por los ganglios directos.* En efecto, el cianuro introducido en las venas se mezcla con la linfa que vierte en la subclavia el conducto torácico, y no debe sorprender, por lo tanto, que en este trayecto el medicamento obre directamente sobre los elementos generadores de la roseola emanados de la adenopatía primitiva.

En ciertos casos esta erupción aparece, no en la época clásica, sino algunas semanas ó meses después. Estos hechos se explican por la persistencia después de un tratamiento insuficiente, bien en el foco inicial, en los linfáticos procedentes de él ó en los ganglios satélites de treponemas, cuya virulencia ha disminuído, pero que después han proliferado y salido de sus ganglios. Sin embargo, en estos casos los efectos de la medicación local continúan dejándose sentir, porque dichas roseolas son de ordinario benignas y fugaces.

En la transmisión directa de los treponemas, desde las paredes de los linfáticos procedentes del chancro al tejido celular y al tegumento que les rodea, en forma de largas estrías confluentes, igual que durante su propagación de capa en capa por los intersticios del tejido conjuntivo al tegumento externo en un área de 12 á 15 centímetros, estos parásitos escapan por completo á la acción de los ganglios satélites. Sus manifestaciones son, por lo tanto, de una intensidad excepcional; hemos visto en estas condiciones sifílides de 7 y 8 centímetros de longitud. Su virulencia es grandísima. Esta emigración del treponema debe ser contenida por el tratamiento con el atoxilo, puesto que no la hemos visto producirse en nuestros enfermos sometidos á este tratamiento.

La penetración directa del treponema en la circulación venosa general por los capilares y las venillas, le libra casi siempre de la acción local del atoxilo, pero la virulencia de los elementos introducidos así en la sangre se halla al parecer atenuada. El carácter benigno de las erupciones secundarias en estos casos puede explicarse en parte por el hecho de que la sangre es al parecer para los treponemas un mal terreno de cultivo.

Resulta de lo que precede que el tratamiento local enérgico de la sífilis en su período primario es de gran utilidad, porque es susceptible de suprimir por completo la roseola, y, con ella, los numerosos focos cutáneos de infección secundaria, de retrasar, á veces varios meses, la aparición de las otras sifílides secundarias y de atenuar la virulencia del treponema. Opone también un obstáculo á la transmisión directa por las paredes de los vasos linfáticos y el tejido celular ambiente, incluso el del periné y región anal.

Este tratamiento local no es doloroso empleando la disolución al 5 por 100 y la dosis cotidiana de 2 cent. cúb. no produce reacción alguna. Las aplicaciones de la pomada al 10 por 100, que empleamos à la vez de ordinario, son asimismo bien toleradas. Introducimos la aguja casi siempre en la raíz del pene, en el trayecto del cordón, en el lado correspondiente al chancro, á veces debajo del prepucio, en el pubis, ó en la ingle, más allá de los ganglios satélites; hasta pueden inyectarse algunas gotas en el chancro cuando está localizado en el prepucio. Estas inyecciones se repiten diariamente durante todo el período primitivo. Como este tratamiento local no suele impedir la penetración del treponema por los capilares sanguíneos y las venillas, empleamos á la vez la medicación general, pudiendo hacerlo sin peligro de intolerancia. En efecto, las inyecciones locales cotidianas no representan más que 70 centígramos por semana, y puede administrarse sin inconveniente la misma cantidad en forma de inyecciones hipodérmicas en la región glútea; repetimos la inyección cada cuatro días á la dosis de 35 centígramos, administrando así 14 decígramos por semana, dosis empleada en la enfermedad del sueño, y la que Neisser (comunicación oral) emplea en la sífilis. Salmon llega hasta 15 decígramos, y nosotros hemos administrado más de una vez una dosis superior sin observar efectos funestos. En la actualidad preferimos para esta medicación general un acitatoxilo, en particular la *arsacetina*, recomendada por Ehrlich. Neisser ha demostrado que esta medicación jamás produce trastornos oculares, cuya aparición, imposible de prever, era hasta ahora el único obstáculo que se oponía al tratamiento regular por el atoxilo. Si se emplea el atoxilo cristalizado, la dosis debe ser de 50 á 60 centígramos.

Es difícil precisar cuándo deben suprimirse las inyecciones locales. Al terminar el período de incubación las hacemos cada cuatro días, igual que la inyección intraglútea. Creemos conveniente continuarlas hasta que la desaparición completa de estos ganglios satélites demuestra que no es de temer la transmisión por las vías linfáticas, volviendo á emplear la medicación después de períodos de reposo, durante los cuales puede administrarse el mercurio.

Este tratamiento local de la sífilis en su período primario constituye al parecer un progreso. Suprime parte de las manifestaciones, y casi siempre

retrasa y atenúa las restantes. ¿Puede esperarse más? Hemos visto que de las cuatro vías de generalización de la enfermedad, tres son dominadas al parecer por el atoxilo. Queda la vía sanguínea, y debe procurarse combatir por medio de las inyecciones á dosis elevadas la virulencia á los treponemas que han penetrado en el torrente circulatorio. Es preciso á la vez luchar con mayor eficacia contra la de los parásitos que se desarrollan en el chancro. Los resultados obtenidos hasta ahora permiten esperar que se logrará reducir la sífilis á su primera manifestación, como ha conseguido Salmon tratándola antes de aparecer el chancro.

Tisis septicémica.—El Dr. Landouzy: Desde el punto de vista nosográfico se admiten tres tipos de tuberculosis aguda: 1.°, la tisis galopante; 2.°, la granulia aguda de Empis, especie de septicemia aguda, siempre mortal; 3.°, la tifobacilosis, especie de toxi-infección tuberculosa que se manifiesta en clínica por un estado tifoideo susceptible de terminar por la curación momentánea y que determina después de más ó menos tiempo una localización tuberculosa pulmonar.

Al lado de estos tres tipos conviene indicar otro más, caracterizado por una forma de septicemia subaguda que afecta sucesivamente casi todos los tejidos y aparatos, que provoca reacciones anatómicas y funcionales variadas, de carácter inflamatorio ordinario y que origina la muerte por tisis.

Hace veinticinco años, cuando demostré la naturaleza tuberculosa de la pleuresía, dije que esto que era cierto para la serosa pleurítica, quizá lo fuera para otras. Las artropatías bacilares que todos admiten hoy, me han dado la razón. Las localizaciones de la bacilosis en la serosa cardíaca adquieren cada día mayor importancia. Las endocarditis tuberculosas se observan cada vez con más frecuencia. Lo mismo puede decirse de las localizaciones cutáneas, en particular del eritema nudoso y de la púrpura, que adquieren más y más importancia entre las dermopatías tuberculosas.

El Dr. Poncet: He demostrado en varias ocasiones, particularmente en la Academia de Medicina, que existe una tuberculosis inflamatoria, es decir, una tuberculosis específica, anatómicamente hablando (sin foliculitis tuberculosa, sin células gigantes, etc.), y que esta tuberculosis ataca todos los tejidos, todos sus órganos, lo mismo que la tuberculosis virulenta ó específica, la única conocida hasta que principié mis investigaciones.

Substancias lipoides del organismo.—Los Dres. Gérard, Lemoine y Leulier: Se designa generalmente con el nombre de lipoides las substancias solubles en éter: grasas, fosfatides y compuestos colestéricos (colesterina, oxicolesterina y eteróxido de colesterina).

Teniendo en cuenta de una parte las acciones antihemolítica y antitóxica de la colesterina y de otra las teorías nuevas de la degeneración grasosa de ciertos órganos en las intoxicaciones, se comprende el papel de los lipoides. Según los trabajos recientes, la degeneración grasienta de los órganos (hígado, corazón, riñones, pulmones) consecutiva á las intoxicaciones minerales, orgánicas ó microbianas, no es debida como se creía á una producción local de materia grasa bajo la influencia del veneno, sino á la emigración de la grasa del organismo hacia estos órganos. En otras palabras, este aflujo de grasa hacia los órganos, constituye un medio de defensa del organismo para luchar contra las intoxicaciones. Todas las

substancias grasas de la economía tienen en disolución fosfátides y compuestos colestéricos, y esta mezcla constituye los lipoides. Es racional admitir que después de una intoxicación esta emigración de grasa aporta su contingente de colesterina para ejercer su acción antitóxica y sus efectos hemolíticos, sabiendo que la mayor parte de los venenos ejercen una acción destructora, enérgica, sobre los glóbulos rojos.

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Julio de 1908.

Un caso de angioma del pulmón. — El Dr. Tuffier: Sólo he tenido ocasión de operar tres casos de angioma visceral; el primero del hígado, el segundo del cerebro y el tercero del pulmón. En este último caso se trataba de un hombre de trinta y cinco años, en el que se observaba en el lado izquierdo sobre la línea axilar en tumor soldado, la piel del tórax que aumentaba por la tos y los esfuerzos, y que era reductible; después de reducido se notaba un orificio irregular del tamaño de una pieza de cinco francos. El diagnóstico de absceso frío parecía tanto más probable en cuanto que el enfermo había tenido hemoptisis y uno de sus hermanos había sucumbido después de una hemorragia de la misma clase. Incidí los tegumentos y reduje el tumor; encontré las costillas ampliamente desgastadas y la pleura abierta; entonces, informando una masa con el pulmón un tumor negruzco y redondeado, cuya superficie sangraba con bastante abundancia; incindí su envoltura y practiqué el taponamiento de su cavidad con gasa mojada en percloruro de hierro; el apósito ha sido levantado al quinto día sin reproducirse la hemorragia y el enfermo ha curado sin incidente.

Del reumatismo tuberculoso. — El Dr. Kirmisson: Según la concepción del Dr. Poncet existiría una forma de tuberculosis, que no tiene ninguno de los caracteres específicos que tenemos el hábito de encontrar; se trataría de una simple forma inflamatoria. Tal vez esto sea posible, y sabido es que una ulceración tuberculosa puede provocar una producción fibrosa más ó menos extensa; pero esto no es más que una terminación de una infección primeramente tuberculosa. La analogía que nuestro colega presenta entre la tuberculosis y la sífilis no es exacta, puesto que si para las producciones específicas no se encuentran elementos característicos, se notan cuando menos caracteres particulares de las úlceraciones con conmitancia de otras lesiones y antecedentes más ó menos manifiestos; en los enfermos del doctor Poncet no existe nada semejante; no ha habido manifestaciones tuberculosas anteriormente. Por lo tanto, la forma inflamatoria de la tuberculosis no está afirmada sobre una demostración con pruebas; no existe más que en estado de concepción y esto no es suficiente para que se pueda admitir como una realidad. Por mi parte, nunca he visto en ninguna de las observaciones publicadas que esta tuberculosis especial pueda dar origen á adenomas ó á lipomas. Tampoco me inclino á considerar como

lesiones que dependen de la tuberculosis las deformaciones que se designan con el nombre de raquitismo tardío. Si puede haber coincidencia entre la tuberculosis, la escoliosis y el *genu valgum*, creo, al contrario, que, con frecuencia hay incompatibilidad entre estos procesos. En cuanto al pié plano, que nuestro colega considera como de origen tuberculoso, conviene separar los niños de los adolecentes. En los primeros, se trata casi siempre de tuberculosis ósea que se revela al principio por la contractura y el dolor; en los segundos, lo que ha sido afortunadamente designado por Josselin con el nombre de tarsalgia, es desde luego de otra naturaleza. Siempre he insistido acerca de esta diferencia que uno de los discípulos del doctor Poncet, el Dr. Thevenot, no ha comprendido, puesto que me ha hecho decir lo contrario de lo que he escrito.

El Dr. Morestin: Existe ciertamente una exageración al generalizar la tuberculosis que defiende el Dr. Poncet. De todos modos no sería extraño que, á pesar de la falta de bacilos de Koch y de los resultados positivos de las inoculaciones, ciertas lesiones fueran realmente de origen tuberculoso. No se sabe con exactitud el papel completo que desempeñan as toxinas, y aun haciendo reservas creo que se estaría equivocado desechando en absoluto la concepción de nuestro colega.

Luxación antigua de codo hacia atrás y afuera. — El Dr. Morestin: Una nota acerca de una luxación antigua del codo, encontrada en un cadáver, nos ha sido enviada por el Dr. Galis. Nuestro colega da una descripción completa tanto más interesante en cuanto son raras semejantes observaciones y entre otras consideraciones se detiene ampliamente en la descripción de la neo-articulación, que debería permitir movimientos bastante extensos en la masa muscular epicondiliana de un fragmento óseo, que cree ser el epicóndilo arrancado, y en los ligamentos anterior y posterior de la articulación. Al contrario de nuestro colega, creo que los tejidos que considera como ligamentos son más bien muchas producciones fibrosas y que el núcleo óseo no es el epicóndilo, sino un núcleo de nueva formación.

El Dr. Championnière: Esta nota es muy interesante; he visto esta clase de luxaciones y siempre he observado que eran muy hacia afuera y permitían una libertad de movimientos bastante grandes.

Pionefrosis parcial. — El Dr. Legueu: En una observación enviada por el Dr. Marion se trata de una enferma de cuarenta y dos años, que después de un embarazo comenzó á padecer del riñón derecho; la orina contenía pus en bastante cantidad y el riñón correspondiente estaba aumentado de volumen; por el cateterismo del ureter se extrajo de este lado una orina también clara y más rica en sales que la del riñón izquierdo. A la incisión el riñón estaba uniformemente distendido, excepto en la parte inferior, donde se notaba el parénquima intacto; para practicar la nefrectomía nuestro colega tuvo que ligar dos pedículos y dos uréteres, y sólo después de haber extirpado el riñón, se vió que éste estaba formado de dos partes: una inferior, era un riñón intacto con su ureter y sus vasos, y la otra superior, era una bolsa de uronefrosis con su ureter y sus vasos independientes. Este era, pues, un hermoso tipo de pionefrosis parcial, y claro es que hubiera sido suficiente la nefrectomía también parcial. El diagnóstico de estas lesiones es desgraciadamente muy difícil; en este caso, sin embargo,

el resultado paradógico del cateterismo ureteral había podido hacer suponer la existencia de alguna anomalía, en cuyo caso se hubiera podido descubrir más fácilmente en el acto operatorio.

Hernia inguinal congénita del útero y de los anejos. — El Dr. Legueu: Así se titula una observación enviada por el Dr. De la Torre (De Quito). Se trata de una joven de veintiséis años, que desde los doce tenía una hernia inguinal izquierda, en cuyo sitio sentía desde algunos años antes dolores periódicos con irradiaciones en todo el vientre; tenía una imperforación vaginal y la menstruación no la había tenido nunca; en la hernia, poco voluminosa, se notaba un cuerpo ovoide, que fué tomado por el ovario; en la operación se encontró en el saco el útero infantil, dos trompas y un ovario; estos órganos fueron resecados y la cura radical terminada como de ordinario. Estas hernias son ectopias debidas á la tracción del ligamento redondo, puesto que los órganos herniados están por intermedio de dicho ligamento adheridos al pubis; son anomalías por exceso de migración. Se puede suponer la hernia del útero y de los anejos en todos los casos en que una hernia coincide con una imperforación vaginal; además, los órganos herniados y adheridos al pubis por el ligamento redondo no sufren por la tos la impulsión que presentan las otras hernias. Cuando estos órganos dificultan la cura radical se les puede resecar; pero en caso contrario, como he tenido ocasión de hacerlo, se les puede poner en libertad y dejarlos en la cavidad abdominal.

Hemiparesia tardía consecutiva á la ligadura de la carótida primitiva y de la subclavia. — El Dr. Rochard: Este caso se refiere á una mujer con un aneurisma de la base del cuello; le había practicado con éxito la ligadura simultánea de la carótida primitiva y de la subclavia izquierda; la curación fué rápida y perfecta; pero ocho meses más tarde, la enferma tuvo, después de varios días con ligeros ataques, una hemiparesia derecha, comprendiendo la cara, excepto el orbicular. Creo que el origen de esta parálisis hállase en el reblandecimiento cerebral, cuya causa no es otra que la ligadura de los vasos. — (*Bull. Med.*). — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 8 y 15 de Julio de 1908.

Facultad esteatolítica de los sifilíticos.—El Dr. *Q. Citrón* refiere que, habida consideración á las relaciones que se han descubierto con motivo de la reacción de Wasermann entre el suero de sifilíticos y las substancias lipoides, ha realizado experimentos referentes á la facultad esteatolítica de los sifilíticos y ha visto en dichos experimentos que dicha facultad está aumentada siempre en todos los casos en que es positiva la reacción aludida.

Estos hechos no han adquirido hasta ahora ninguna importancia práctica.

Reacción carcinomatosa: modificación y tratamiento de los tumores malignos. —El Dr. *Brieger* diserta acerca de las ventajas de su método de determinar

el antifermento, respecto al procedimiento indicado por Fuld, y hace notar que la administración de pancreatina disminuye la proporción de antitripsina en los carcinomatosos, y en cambio, la aumenta en los sanos. Este es un fenómeno cuya explicación no se ha dado todavía.

El Dr. *P. L. Edel* recuerda que hace ya cinco años ha emitido la idea de que en los casos de tumores malignos está disminuída la proporción de antifermento y que también hizo ensayos, que hubo de interrumpir por causas ajenas á su voluntad, respecto al tratamiento con albúmina de especie animal diferente.

El Dr. *A. Pincus* da cuenta de los resultados negativos que obtuvo en sus experimentos, en que practicó inyecciones de tripsina en casos de tumores malignos. En la actualidad pretende disminuir la alcalinidad de la sangre empleando el ácido nucleínico.

El Dr. *Orth* niega haber hablado jamás de una curación espontánea de un tumor maligno; todo lo más que ha hecho, ha sido referir observaciones de procesos curativos en carcinomas.

El Dr. *P. Lazarus* dice que en el departamento de cancerosos de Leyden ha hecho inyecciones metódicas de atoxilo, substancia que es indudable que se ha acreditado en muy poco tiempo como tónico, pero sin que por ello pueda atribuírsele ninguna eficacia como agente específico. Tampoco se alcanzó ningún resultado ostensible con otros muchos medios tan numerosos como variados que se ensayaron en la misma enfermería.

El Dr. *Fuld* niega que su método de determinación del antifermento tropiece con dificultades de alguna importancia é insiste en que la suerorreacción de los cancerosos nunca pasa de ser otra cosa que un síntoma que, como otros muchos, no es capaz por sí solo de servir de fundamento para el diagnóstico.

El Dr. *Lepmann* hace una reseña de los ensayos hechos en la clínica de Bumm con el tratamiento fermentativo y antifermentativo de los tumores malignos. El resultado de dichos ensayos ha sido totalmente negativo.

El Dr. *Uhlenhuth* dice que con las inyecciones de atoxilo hasta ha observado una mayor actividad en el crecimiento de los tumores, en el ratón; pero es evidente que de estos hechos no se pueden inferir conclusiones respecto á lo que había de suceder en el perro ó en el hombre. Las inyecciones de suero de especie animal diferente fueron tan ineficaces como las de suero de la misma especie.

El Dr. *Bier* hace observar que Sticker sólo se ha referido á observaciones relativas á tumores en perros y que Hofbauer ha tratado únicamente de las modificaciones que puede experimentar el carcinoma, pero no de su curación.

El ultramicroscopio en la clínica. — El Dr. *Posner* demuestra por medio de la linterna mágica las aplicaciones á que se presta el ultramicroscopio en la clínica.

Tumor quístico vertebral.—Los Dres. *Mendel* y *Adler* presentan á una mujer de cuarenta años, á la que se le ha extirpado hace cinco meses un tumor quístico existente á nivel de las vértebras cervicales segunda y tercera. La formación del tumor se atribuye á una meningitis serosa espinal. La enferma, que tenía sus extremidades inferiores totalmente paralizadas, des-

pués de la operación ya puede andar. A su vez los reflejos, que estaban muy exagerados, han disminuído de intensidad.

La ergotina y las contracciones cardíacas. — El Dr. *Zubzer* refiere los experimentos que ha efectuado con la ergotina estíptica Golacz. De ellos resulta que con dicha substancia se observa un refuerzo de las contracciones cardíacas.

Inoculación de la sífilis al mono.—El Dr. *Hoffmann* presenta á un mono inferior en el que, por medio de la inoculación, ha logrado la producción de un exantema papulo-escamoso de naturaleza sifilítica.

Influencia del ácido clorhídrico en las secreciones de pepsina y de tripsina.— El Dr. *Ehrmann* demuestra que con la ingestión de ácido clorhídrico no se ejerce influencia alguna en la secreción de pepsina; pero que, contra lo que opina Pawlow, dicha ingestión disminuye la secreción de tripsina.

Causas del glaucoma.— El Dr. *Jorge Lewinsohn* hace constar que hasta ahora el examen microscópico de ojos afectados de glaucoma total sólo se ha podido realizar en ojos cuyas lesiones patológicas estaban tan adelantadas que no era posible, del examen de tales alteraciones, inferir ninguna consecuencia acerca de su patogenia.

Habiendo tenido el autor, hace seis años, y ahora recientemente, ocasión de examinar ojos cuyo glaucoma no tenía mucho tiempo de fecha, ha visto que en estos casos se encuentra una hipertrofia considerable del cuerpo ciliar, y sobre todo del músculo ciliar, hipertrofia que el autor interpreta como causa predisponente del glaucoma, por cuanto estrecha mucho la capacidad de la cámara anterior.

Sin embargo, no hay que buscar en esta particularidad la causa del ataque de glaucoma, sino en el obstáculo que se opone al desagüe de la cámara anterior.

En los cortes que presenta se ve claramente cómo existen una infiltración del tejido alrededor del espacio de Fontana y una acumulación de pigmento que se aprecia muy bien, lo mismo en esta región que en los conductos de Schlemm. Por virtud de semejante acumulación de pigmento se impide el desagüe en la cámara anterior, estrechada por la hipertrofia del cuerpo ciliar, y se provoca el desarrollo del glaucoma.

El dolor del glaucoma se puede comparar muy bien con el de los cólicos hepático ó nefrítico, puesto que en estos cólicos el dolor es provocado también por la obstrucción de una vía de desagüe.

El pigmento depositado no proviene de la sangre, puesto que la reacción del hierro da resultado negativo. Su punto de procedencia es el íris, del que se desprende, v. gr., por el roce del cristalino en los casos de subluxación de éste ó por motitas del cuerpo vítreo en los casos de operación de la catarata.

En las iritis plásticas, los conductos son obstruídos por los leucocitos de la inflamación. Estos leucocitos transportan el pigmento al torrente circulatorio y así se explica que ya no se encuentre el pigmento en los casos antiguos de glaucoma.

Microfotogramas obtenidos con el ultramicroscopio. — El Dr. *Dietrich* presenta microfotogramas obtenidos con la iluminación obscura del campo del microscopio. Las instantáneas respectivas, hechas con una exposición

de 1 por 100 de segundo, se refieren á diversas variededes de sangre á las que se habían añadido substancias hemolíticas. Algunos de los procesos de la hemolisis se aprecian bien. El autor cree que el método de la iluminación obscura del campo del microscopio significa un gran progreso.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 26 de Junio de 1908.

Cráneo en forma de torre. — El Dr. *Hermann Algyogyi* presenta á un muchacho de quince años con la deformación del cráneo que se ha denominado cráneo en forma de torre. Se trata de un predominio del desarrollo del cráneo en altura á expensas del ancho y del largo, vicio de conformación que se atribuye casi generalmente á una osificación prematura de la sutura coronaria.

Cáncer uterino. — El Dr. *Guillermo Latzko* presenta dos casos de esta enfermedad.

La primera paciente debía haber sido operada hace dos años y radicalmente, á causa de un cáncer muy adelantado de la porción vaginal. La excocleación preparatoria demostró que la operación radical era impracticable y en vista de ello fué seguida el raspado de la cauterización con el termo. Al principio la enferma perdió de peso; desde hace seis meses ha ganado cerca de 8 kilogramos. Tiene un aspecto lozano y no tiene ni hemorragias ni secreción saniosa.

Aunque ya se han publicado un buen número de casos semejanes á éste, no cree el autor que con la cucharilla y el termo se pueda alcanzar y extirpar todo el tejido canceroso. Más bien se inclina á la opinión de que con semejante intervención queda en libertad alguna cosa que retarda, detiene el ulterior desarrollo del cáncer.

El segundo caso fué operado también hace dos años. La exploración bimanual había demostrado la existencia de un carcinoma cervical poco avanzado con parametrios libres. Pero cuando se intentó la operación radical, por vía abdominal, se tropezó con un paquete ganglionar chato y adherido de tal modo, que no se podía separar con los vasos y con los músculos del lado izquierdo. A fin de excluir para lo sucesivo toda hemorragia y fusión icorosa, se extirparon el útero y los anejos.

La justificación de semejantes operaciones paliativas se deduce claramente de la circunstancia de que las pacientes, aun hoy en día, pasados ya dos años, se sienten relativamente bien y que por ahora no se ha podido comprobar un crecimiento de los ganglios cancerosos. Tampoco ha sobrevenido recidiva local.

Laparotomía extraperitoneal.—El Dr. *Guillermo Latzko* presenta dos casos operados por su método de laparotomía extraperitoneal y opina que esta operación está indicada en aquellos casos de presentación de vértice en que, estando vivo y en condiciones de vivir el feto, la cabeza no penetra

en la pelvis á pesar de contracciones uterinas enérgicas, constituyendo esta situación un peligro para la vida de ambos seres.

Diferencia psicognóstica entre la memoria y la facultad de recordar. — El Dr. *Samuel Stern* dice que la memoria es el depósito central de todas las imágenes verbales recordadas. El hombre se crea dicho depósito central aprendiendo de memoria dichas palabras.

El acto de aprender de memoria se efectúa seguramente según las mismas normas ó reglas que rigen á las asociaciones y conglomeraciones de todas las imágenes recordadas que se adquieren por la experiencia.

Además del depósito central de las palabras, ó memoria, existe el depósito central de todas las imágenes recordadas y adquiridas por la experiencia. A esto se le llama la conciencia total y le corresponde la facultad de recordar.

Llámase recordación al hecho de surgir ó aparecer imágenes recordadas de todos aquellos psíquicos interiores que se conocen con el nombre de sensaciones, sentimientos y los resultados de sus reacciones recíprocas. Estos estados interiores no se pueden demostrar nunca. Durante toda la vida se determinan y precisan por sus imágenes recordadas.

La conciencia total representa una unidad orgánica de todos sus innumerables elementos aislados, cada uno de los cuales es exactamente equivalente á los demás y también á la totalidad unitaria. La memoria no constituye semejante unidad orgánica.

Si comparamos, ahora, cada elemento aislado de la memoria, tal como la palabra, con los elementos aislados de la conciencia, llegamos á los siguientes resultados:

Una palabra es indudablemente también una sensación sensorial, ó sea una sensación acústica. Hoy en día, una palabra puede también ser escrita ó impresa, y entonces es una sensación luminosa extensa. Pero las dos sensaciones mencionadas se hallan completamente fuera de la conciencia total interior de aquel que oye ó lee la palabra. Y en prueba de ello, tenemos que las palabras de un idioma extranjero que no entendemos, se pueden fijar en la memoria lo mismo que las palabras de un idioma conocido.

Todo hombre que percibe en sí mismo sus estados psíquicos interiores (sensaciones, sentimientos, etc.), se somete en el momento en que se pone en contacto con sus semejantes á la acción de un sentimiento específico que es provocado por los estados interiores antes mencionados. Es el sentimiento de la necesidad de comunicar sus estados psíquicos interiores á sus semejantes.

Todos los sentimientos están constituídos por el desbordamiento, á partir de órganos nerviosos sensoriales de estados psíquicos, sensoriales interiores en determinados órganos nerviosos sensitivos, pudiendo citarse como ejemplo el sentimiento de ser agradable. Desde dichos órganos nerviosos del sentimiento, se propaga la corriente de excitación á determinados órganos nerviosos del movimiento, ó sea á los órganos nerviosomusculares. Los músculos se ponen en movimiento por sus órganos nerviosos, y estos movimientos que trascienden al mundo exterior son también percibidos por nuestros semejantes.

Así que cuando surge en el hombre el sentimiento de necesidad de comunicarse con los demás, en el acto pone en movimiento algunos de sus músculos, con lo cual su semejante percibe también dicho movimiento.

La denominación de la sensación con algunos vocablos elegidos casualmente, pero siempre los mismos de origen á la formación de un elemento filológico ó sea de una palabra. Esta palabra sólo despertará ó evocará el elemento consciente interior y psíquico que corresponde á su nombre en aquel que desde un principio haya tomado parte en su primera formación. Sólo él entiende la palabra, y en cambio, ésta es falta de sentido alguno para todos los demás hombres. Sin embargo, éstos la perciben como un sonido y pueden aprender de memoria un gran número de ellas.

(*Wiener Klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Fórmula para el tratamiento del calambre de los escritores. — El Dr. Meige se ha ocupado de este asunto en el último *Congreso de Médicos alienistas y neurólogos de Francia*. Propone la fórmula siguiente: *Poco. Despacio. Redondo. Grueso. Derecho.* Estos enfermos escriben mucho; deben escribir poco. Escriben con rapidez; deben escribir despacio. Su escritura es puntiaguda, pequeña, inclinada, poniendo en juego sólo los flexores y extensores. Escribiendo redondo, grueso y derecho, se ponen en juego otros músculos y se dejan en reposo los flexores y extensores. Por desgracia, la mentalidad de estos enfermos no les permite un esfuerzo sostenido, y al cabo de algún tiempo, no siguen los consejos que se les dan y se reproducen los accidentes. En estos individuos existen otros trastornos del sistema nervioso. — (*Le Bull. Medical*).

Tratamiento de la litiasis biliar. — El Dr. Franquilli aconseja tratar la litiasis biliar durante el cólico hepático y en los intervalos de las crisis:

1.° *Durante el acceso doloroso* se calmará el dolor por el agua cloroformada, el jarabe de éter ó la disolución siguiente:

Antipirina	2 á 3 gramos.
Agua cloroformada	120 —
Jarabe de codeína	30 —

Para tomar á cucharadas.

Se prescribirán también los tópicos calientes y las fricciones con la siguiente mezcla:

Cloroformo	aa partes iguales.
Aceite de beleño	

Si los dolores son muy fuertes, se recurre á las inyecciones de morfina ó de atropina, anestesiándose si es preciso al enfermo.

2.° *Cuando haya pasado la crisis* se procurará prevenir las sucesivas, empleando las aguas de Carlsbad, los salicilatos, los benzoatos, el aceite de

oliva (Leyden, Zeruer, Senator, Bacelli, etc.). Rosembery y Furbringer recomiendan la siguiente preparación:

Aceite de oliva	200 gramos.
Yema de huevo	Núm. 2.
Coñac	20 gramos.
Mentol	20 centígramos.

Para tomar en dos veces en ayunas.

Puede sustituirse el aceite de olivas por el de ricino, la glicerina (Ferrand), la lipanina (Senator), el eunatrol, la colelisina (disolución de oleato de sosa al 20 por 100). Deben recomendarse los enemas acuosos y oleosos. Se utilizará también la bilis de buey, en píldoras, á causa de sus propiedades colagogas:

Bilis de buey desecada	10 gramos.
Extracto de belladona	50 centígramos.
— de genciana	1 gramo.

Para 100 píldoras.

La antisepsia de las vías biliares se obtiene por medio de:

Acido salicílico	aa 3 gramos.
Salol	
Betol	

Para tomar en tres veces en las veinticuatro horas.

ó por el salicilato de sosa (2 á 6 gramos) ó el benzoato sódico (2 á 8 gramos). Pueden emplearse también los laxantes (evonimina, podofilina, calomelanos). Estos tres medicamentos pueden asociarse:

Calomelanos	5 centígramos.
Podofilina	3 —
Evonimina	aa 2 —
Extracto de beleño	

Para una píldora.

Ciertos polvos laxantes son buenos auxiliares del tratamiento, por ejemplo:

Magnesia calcinada	aa 30 gramos.
Crémor tártaro	
Regaliz en polvo	aa 20 —
Folículos de sen pulverizados	

O bien

Magnesia calcinada	35 gramos.
Crémor tártaro	30 —
Lactosa	25 —

Se toma por cucharaditas.

3.° *El tratamiento de las complicaciones* varía según los casos. Las colecistitis supuradas y el absceso del hígado se tratarán quirúrgicamente. La intervención cruenta está contraindicada si existe un estigma orgánico (endocarditis, nefritis, etc.). En estos casos aconseja el Dr. Franquilli la siguiente poción:

Benzoato de sosa	aa 3 gramos.
Fosfato sódico	
Sulfato de sosa	
Bicarbonato sódico	6 á 10 —
Agua	1.000 —

Para tomar durante el día.

(*Rev. de ther. medico-chirurgicale*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL CEREBRO DE LOS CRIMINALES

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Miembro de la Academia de Medicina de Bahía.

(Conclusión).

Fosilla de Lombroso. — En el cráneo hemos encontrado, entre otras anomalías óseas, como la foseta faríngea, foramen pterigo-espinoso de Civinini, cresta frontal muy desarrollada y saliente, pterión en K, etc., la fosilla llamada vermiana ó de Lombroso, muy marcada y situada al nivel de la extremidad inferior de la cresta occipital interna. Una particularidad haré notar, y no sé si soy el primero en indicarla: la fosilla vermiana (fig. 6) (el ejemplar más pequeño corresponde á este caso y el otro á un niño de doce años) en los casos que yo he observado iba acompañada de anomalías de la hoz del cerebelo, que era doble en este caso, triple en el otro (1). El cerebelo, especialmente el vermis inferior, era muy voluminoso. La profundidad de su surco marginal 22 milímetros; del surco medio mayor 11 milímetros.

En el caso observado también por nosotros de fosilla de Lombroso en un niño, las hoces cerebelosas eran tres, completamente separadas, de una altura (medida entre los bordes anterior y posterior) de 8 á 10 milímetros y una longitud de 3 centímetros y medio. Entre la hoz media y la del lado derecho, se encontraba la fosilla producida por el vermis inferior; entre la media y la del lado izquierdo y limitada también por el seno occipital posterior, una segunda fosilla producida también por el cerebelo.

(1) Conservamos en el Laboratorio de Medicina legal de nuestra Facultad esta porción de la dura madre.

La fosilla occipital media falta casi siempre en el orangután y en el gorila; se observa en los otros primates inferiores y aun con más frecuencia en los mamíferos inferiores (monotremas, marsupiales, roedores, carnívoros); se observa cuando el cerebelo, especialmente el vermis inferior, está muy desarrollado; en algún caso, excepcional, faltaba el vermis inferior y había foseta occipital media (1). En uno de los dos casos que nosotros hemos referido, una fosilla es producida por el vermis inferior, otra por la cara inferior del lóbulo lateral (parte antero-interna); este caso demuestra que una fosilla occipital puede ser originada por otros lóbulos ce-

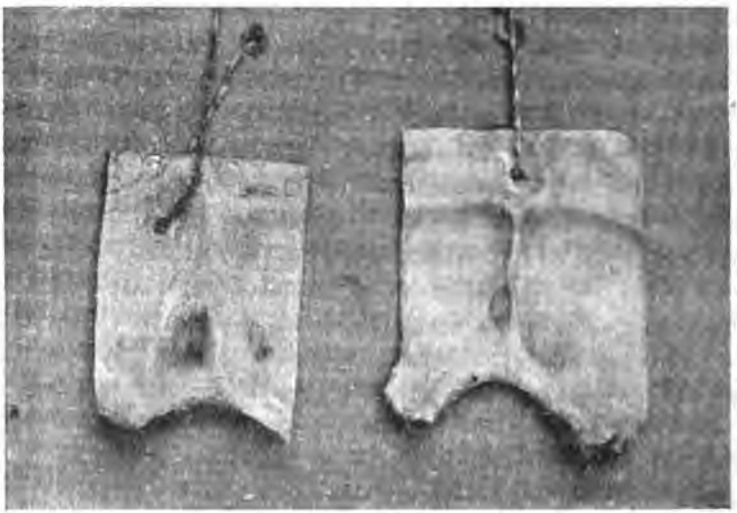


Figura 6.

rebelosos que no sean el vermis inferior. En las razas humanas inferiores, particularmente en los Aymara de América, se encuentra en la proporción del 40 por 100; Lombroso la encontró en el 14 por 100 de los cráneos de criminales y en el 5 por 100 en los normales; Marimò (2) confirma las cifras de Lombroso y da para los criminales la media del 15 por 100. G. Mondio, autor de una bellísima obra, *Studio sopra duocente teschi messinesi 180 appartenenti á sani, 20 á delinquenti* (1897), la ha encontrado en los normales en

(1) Rossi: (Ausencia del lóbulo medio del cerebelo con presencia de una foseta occipital media). *Lo Sperimentale*, XLV, 5 y 6.

(2) Marimò: Contributo allo studio della fossetta occipitale e della cresta frontale nel cranio umano dei normali, pazzi e delinquenti. *Archiv. per l'Antrop.*, vol. 17.

la proporción del 8'8 por 100; en los criminales en un 25 por 100.

La depresión occipital media que hemos descrito la distinguimos, siguiendo en esto la conducta del profesor M. Carrara (1) y del doctor G. Paravicini (2) (que la ha estudiado recientemente), con el nombre de fosilla de Lombroso; en efecto, fué este maestro, al que tanto veneramos, el primero que nos demostró su origen y significado; depende de una perturbación en el desarrollo de uno de los núcleos accesorios de osificación del occipital, el nódulo de Kerkring; su significado, como ya hemos indicado, es atávico; pero á mi entender hay otro motivo, y fundamental: la fosilla de Lombroso va unida á una de las más célebres conquistas de la antropología criminal. Oigamos la palabra autorizada del profesor E. Audenino: «Cuando César Lombroso en una brumosa mañana de invierno, disecando en una sombría sala mortuoria de la cárcel de Pavía el cadáver del feroz ladrón calabrés Vilella, y descubría la foseta occipital media, en un momento de genial inspiración entrevió toda entera la terrible figura del criminal nato, y desde entonces, nuevo Miguel Angel, sirviéndose de finos y delicados instrumentos, lentamente, pero con mano de maestro, graba en la informe masa esta estatua que presenta al mundo científico, que primero la recibe escépticamente (I Congreso de Antropología criminal, Roma), pero que la acoge en seguida con calurosos aplausos (VI Congreso, Turín). Esta estatua ha permanecido con toda su triste grandiosidad sobre su pedestal de granito, arrostrando los insultos y las

(1) Mario Carrara: La antropologia criminale nei suoi rapporti con la medicina legale. En el Manuale di Medicina legale de F. Strassmann, páginas 1.006 y 1.007. Turin, Unione Tipog. Editr.

(2) G. Paravicini: Fosseta occipitale mediana in cranio idrocefalico. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXVII, fasc. IV-V, 1906.—Di un cranio idrocefalico. Milano, 1907.

Encontró Paravicini la fosilla de Lombroso producida por un vermis muy voluminoso, y 19 anomalías más (2.857 cent. cúb. de capacidad con circunferencia de 608, plagiocefalia, sinostosis metópica y completamente abierta la esfeno-basilar, tres huesecitos coronales, semihuesecillo bregmático, ausencia del agujero parietal izquierdo, huesecito interparieto-supraoccipital izquierdo, semihuesecito post-orbitario derecho é izquierdo, depresión supertimpánica, agujero y canal paramastoideo, ausencia á la derecha del agujero mastoideo y ectopia á la izquierda, leve platibasia, pequeñas eminencias intercondíleas, canal basilar medio de Gruber, apófisis paramastoidea, cresta frontal interna, apófisis de Ingrassias dividida en su origen, hueso esfeno-prebasi-occipital, fosilla torcular).

La foseta de Lombroso era debida en este caso á la acción combinada del vermis, de las tonsilas, del líquido ventricular sobre el endocráneo cerebeloso y favorecida por el imperfecto desarrollo del nódulo de Kerkring.

furias de los tiempos; ha sufrido después, es verdad, algunas ligeras modificaciones; pero éstas, en vez de borrar las líneas fundamentales, han contribuído á hacerlas resaltar cada vez más» (1).

BIBLIOGRAFÍA. — Sobre la fosilla occipital media podrán consultarse, además de los trabajos citados, Lombroso : La fossetta cerebrale mediana nelle razze umane e nei criminali. *Archivio di Psichiatria*, IV, 505; XIV, 289. — E. Morselli : La fossetta occipitale mediana nei primati. *Idem*, XI, 321. — Albrecht : La fossetta vermiana nei mammiferi. *Idem*, V, 153. — Chiarugi : Sui rapporti tra la fossetta e il verme. *Idem*, VI, 535.—Frigerio : *Idem*, V, 410.—Benedikt, en la misma revista, I, 49. — Romiti : Lo sviluppo e le varietà dell'osso occipitale nell'uomo e razze inferiori. *Atti della R. Accad. dei Fisiocritici*, serie III, vol. III, Siena, 1881.

II. PERSONAL. — Cerebro perteneciente también á un epiléptico (cuarenta y siete años de edad).

Hemisferio izquierdo (fig. 1). — La cisura de Sylvio es bastante larga y su porción terminal forma una curva muy pronunciada: que rodea la parte anterior del lóbulo parietal inferior. En el punto donde empieza esta curva, confluyen la silviana y el surco postrolándico. El pliegue de paso frontoparietal inferior es profundo, lo que hace comunicar la cisura de Sylvio con la de Rolando.

La frontal ascendente, dividida en tres segmentos, á dos de los cuales corresponde $^1/_4$ de la longitud total de la circunvolución; al inferior los otros dos. La segmentación es debida á que el surco frontal superior se divide en dos, que abocan á la cisura de Rolando.

Los tres surcos centrales comunican con la silviana.

La segunda frontal está desdoblada en dos por un surco profundo anteroposterior, que empieza desde el borde superciliar y está interrumpido sólo en su parte media por un delgado pliegue de paso. La raíz inferior es profunda. La primera circunvolución frontal, muy larga, sólo se relaciona con la segunda por un pliegue de paso.

El surco paralelo sigue las inflexiones de la cisura de Sylvio. La segunda y tercera circunvoluciones temporales están fusionadas.

Gran desarrollo é irregularidad muy notable de las circunvoluciones temporo-occipitales.

Hemisferio derecho (fig. 2).—No hay desdoblamiento de la segun-

(1) E. Audonino: Pourquoi tous les épileptiques et les criminels-nés n'ont pas le type. *VI Congrès International d'Anthropologie criminelle*, Turin, 190. *Archivio di Psichiatria*, vol. XXVIII, fasc. I-II, 1907.

da frontal, como sucedia en el otro hemisferio. La extremidad posterior de la segunda frontal forma una curva muy pronunciada, desciende, é interponiéndose entre la frontal ascendente y la tercera frontal, se inserta en aquélla. La tercera es sencilla, en forma de arco (carácter de inferioridad), y es surcada solamente por una prolongación ascendente (la horizontal falta) de la cisura de Sylvio.

El surco prerolándico es completo y forma tres curvas pronunciadas: superior é inferior hacia adelante; media hacia atrás.

Figura 7.

La frontal ascendente, decapitada por completo, es irregularísima y, al nivel de la segunda frontal, forma una lengua que rechaza á la parietal ascendente de poca anchura.

La cisura de Rolando forma una especie de V tendida y abierta hacia adelante; su parte inferior comunica con la silviana, como el postrolándico, que á su vez comunica también con el interparietal.

Llamo la atención de los lectores sobre la extraña irregularidad en el trayecto de las circunvoluciones centrales de este hemisferio.

Lóbulo occipital (1) operculado, presencia del *gyrus intercuneatus* y situación superficial del pliegue cuneolímbico.

(1) Hemos separado los lóbulos occipitales de estos dos hemisferios, porque cuando verificamos la extracción (junio, 1907) estaban en estado avanzado de putrefacción.

En este cerebro faltaba totalmente la comisura gris, hecho de bastante significación, según Ferraz de Macedo.

III. Personal.—Delincuente menor (doce años de edad).

Hemisferio derecho (fig. 7). — Muy complicado el lóbulo frontal, dividido en su parte media por un surco transversal profundo que se extiende desde el borde superior al borde externo del hemisferio.

Los surcos prerolándico y post-rolándico comunican con la silviana. Parietal ascendente delgadísima. Presencia del *arcus intercuneatus* (carácter atávico — fig. 3); *sulcus limitans præcunei* y *s. paracalcarinus*.

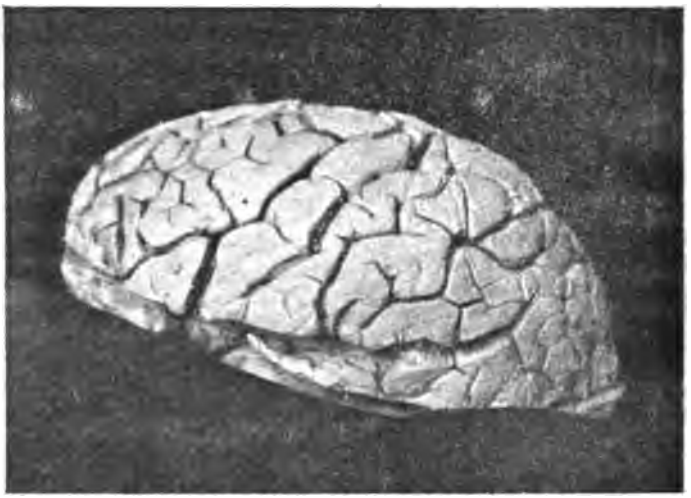


Figura 8.

Hemisferio izquierdo (fig. 8). —Surcos transversales en el lóbulo frontal. *Duplicidad de la cisura de Rolando*; la verdadera y el surco prerolándico comunican con la silviana; la cisura de Sylvio es larguísima, llega casi hasta el borde superior del hemisferio. Esta última variedad fué señalada por F. Saporito en algunos hemisferios de sus cinco cerebros de criminales alienados. Profundidad del *gyrus isthnus fornicatus*. Interrupción del *sulcus temporalis superior* (carácter fetal).

El cerebelo, especialmente el vermis inferior, muy desarrollado. Presencia de la fosilla de Lombroso, que hemos descrito anteriormente.

IV. Referida por Fallot. (Resumida).

Cerebro perteneciente al asesino Tegami, decapitado en Aix (1887).

Comunicación de la cisura de Rolando con los surcos prerolándico y post-rolándico; situación profunda de los dos pliegues de paso parieto-occipitales, del segundo sobre todo, apareciendo tan marcada la perpendicular externa que el parietal lóbulo parece estar separado del occipital. El surco prerolándico (hemisferio izquierdo), interrumpido, comunica con la silviana; en este hemisferio está desdoblada la segunda frontal y el surco post-rolándico comunica también con la silviana. En el lado derecho está desdoblada la tercera frontal, y el surco post-rolándico, muy ancho, comunica con la silviana. Situación profunda del pliegue temporo-límbico. Independencia de las circunvoluciones occipitales del lóbulo temporal, etc., etc.

V. Referida por Mondio. (Resumida).

Cerebro perteneciente á Bagnato Vincenzo, vagabundo, escandaloso y ladrón. Peso: 1.225 gramos. En el hemisferio derecho predominio de los surcos transversales en los lóbulos frontal y parietal. En el hemiferio izquierdo duplicidad de la cisura de Rolando, ramo anómalo, predominio en el lóbulo parietal de los surcos transversales. Depresión más marcada que en el lado derecho entre el lóbulo parietal y el occipital.

VI. Referida por Mondio. (Resumida).

Cerebro perteneciente á una mujer infanticida; pesaba 1.215 gramos.

La circunvolución frontal superior se origina en el hemisferio derecho de la parietal ascendente; el segundo pliegue de paso externo es profundo. En el hemisferio izquierdo el lóbulo frontal consta de cinco circunvoluciones longitudinales, por desdoblamiento de la primera y tercera; la rama anterior de la cisura de Sylvio está constituída por un sólo ramo; el segundo pliegue de paso externo es profundo, por lo cual el lóbulo occipital presenta la forma de opérculo.

VII. Referida por Lattes.

Cerebro perteneciente á una hilandera de los Abruzos, condenada por homicidio premeditado. Peso del encéfalo: 1.395 gramos; cráneo dolicocéfalo (índice 73), elipsoide y presenta numerosas anómalías.

Tanto en el lóbulo frontal derecho como en el izquierdo se observa el tipo cuaternario.

El hemisferio derecho presenta todos los caracteres con que Giacomini distinguió la duplicidad de la cisura de Rolando, á saber: 1.°, el surco posterior termina en su extremidad superior delante de la incisura *cinguli* y comunica inferiormente con la silviana; 2.°, entre los dos surcos se encuentra un *girus rolandicus* delgado, regular, sin comunicaciones profundas; 3.°, se encuentran bien desarrollados y con sus relaciones normales (es decir, con los surcos frontales, el interparietal y la silviana) los surcos prerolándico y post-rolándico.

El hemisferio izquierdo difiere mucho del derecho. En la parte media se ven cinco largos surcos transversales, de dirección semejante al de Rolando, y que comunican inferiormente con la fosa silviana. El 3.° y el 4.° (numerándolos de atrás adelante) presentan la situación y relaciones de un surco de Rolando, pero no alcanzan el borde superior del hemisferio; los dos están interrumpidos en la unión del tercio inferior con los $^2/_3$ superiores por un pliegue delgado y superficial. Los dos surcos presentan una profundidad considerable y casi igual en sus dos partes. La circunvolución interpuesta, gruesa y regular, no tiene el aspecto del *gyrus rolandicus;* además, comunica con las dos circunvoluciones vecinas. Posteriormente á los surcos de Rolando se encuentra el postcentral, muy desarrollado y comunicante con la silviana. El surco precental es normal y dividido en precentral superior y precental inferior. Paralelamente y por delante se encuentra aún un quinto surco de profundidad desigual, que comienza en la circunvolución frontal superior, cruza sucesivamente los tres surcos frontales y termina en la fosa silviana. En conjunto, en las proximidades de la región central cuatro circunvoluciones transversales, de las cuales la anterior es la peor limitada.

En los dos hemisferios el opérculo occipital está más ó menos limitado.

VIII. Referida por Lattes. (Resumida).

Aldeana de la provincia de Caserta, condenada por matricidio voluntario. Cráneo elipsoide, muy regular, índice 87.

Hemisferio izquierdo (véase fig. 12): duplicidad marcada de la cisura rolándica. Lóbulo parietal completamente normal, casi esquemático.

Limbus postorbitalis, *gyrus temporo-parietalis profundus* y continuación directa del surco olfatorio por delante, y lateralmente con el surco fronto-marginal (anomalía no descrita aún); un gran

opérculo occipital, perfectamente limitado, que recuerda casi exactamente el lóbulo occipital de ciertas especies de monos.

IX y X. Referida por Debierre. (Resumidas y comentadas).

Ch. Debierre, profesor de Anatomía en la Facultad de Lila y autor de la hermosa obra *Le crâne des criminels*, 1895, ha publicado recientemente en los *Archives d'Anthropologie Criminelle* (15 de enero de 1908) el resultado de las autopsias de dos asesinos, Vendenbogaert y Zwartwaeger, decapitados en Dunkerque (1905).

El cerebro de Vendenbogaert (peso 1.100 gramos y el cerebelo 180 gramos) no presenta nada de anormal en las cisuras. En el hemisferio izquierdo el surco precentral comunica con la cisura de Rolando en su parte superior; hay, pues, decapitación de la frontal ascendente. Fuera de esto, dice Debierre, el examen del cerebro de Vendenbogaert es negativo.

En el cerebro de Zwartwaeger (peso 1.017 gramos y el cerebelo 190gramos) el surco precentral (hemisferio izquierdo) comunica con la cisura de Rolando, también por decapitación de la frontal ascendente. En el hemisferio derecho la perpendicular interna corta al nivel del esplenium del cuerpo calloso á la circunvolución límbica (carácter simio). Y nada más de anormal describe Debierre, lo cual es bien poco.

Coincidimos con el profesor de Lila al creer que no se puede juzgar de un cerebro por su volumen, sino por su contenido. Un reloj pequeño puede marcar mejor las horas que otro voluminoso, y esto depende de los rodajes interiores. Un hombre inteligente puede tener un cerebro pequeño, y un imbécil otro voluminoso. Pero Debierre, con dos autopsias, pretende restar mucha importancia á los trabajos sobre la morfología del cerebro de los criminales; todos los que estudian esta cuestión (Mingazzini, Saporito, Mondio, Lattes, Marimò, etc.), no sostienen que en los cerebros de los criminales se observen siempre anomalías en las circunvoluciones ni en la estructura de la corteza (Roncoroni); en los criminales se observan sólo dichas anomalías con más frecuencia que en los normales. No he leído, en ninguna de las monografías modernas que he consultado, que la presencia de una ó varias anomalías morfológicas en la superficie de un cerebro hacen á un individuo irresponsable. Para atacar unos estudios, unas conclusiones, no conviene desvirtuar los términos, pues en vez de perjudicarlas se las favorece.

Y aún hay más: los dos casos descritos por Debierre no se hallan

en completa oposición á los nuevos estudios. El peso de los cerebelos, 180 gramos el de Vendenbogaert y 190 el de Zwartwaeger, es

Fig. 9. — Homicida romana: 4 circunvoluciones frontales horizontales; los surcos frontales cortan el borde superior del hemisferio (F_1, F_2, F_3).

ya muy excesivo, puesto que, según Broca, el peso medio del cerebelo en los normales es de 143 gramos. Nosotros, por el examen de

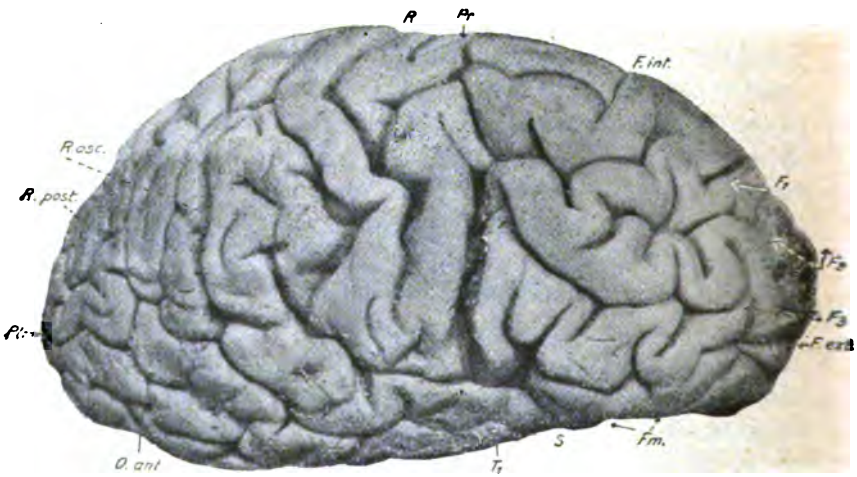


Fig. 10. — Ladrona piamontesa: lóbulo frontal con 6 circunvoluciones longitudinales (limitadas por los surcos F. int., F_1, F_2, F_3, F ext., Fm).
(Cerebros descritos por el Dr. L. Lattes).

las fotografías publicadas por Debierre, revelamos anomalías que él no ha descrito en su artículo y que pueden unirse á las indicadas.

Cerebro de Zwartwaeger: en el hemisferio derecho el surco postrolándico comunica con la silviana; ésta comunica también con el

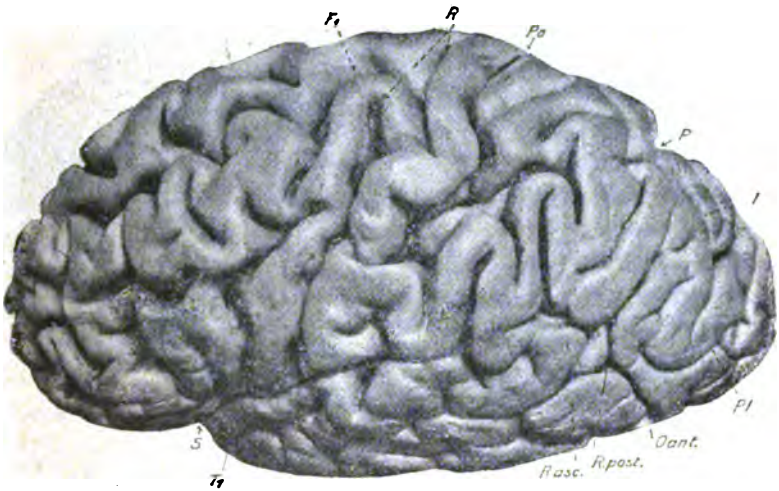


Fig. 11. — Homicida de los Abruzos: ejemplo típico de la interrupción del surco de Rolando en el tercio superior (R).

surco temporal superior; el surco que les hace comunicar invade también las otras circunvoluciones temporales y llega al borde ex-

Fig. 12. — Homicida de la provincia de Caserta. Desdoblamiento del surco de Rolando (R_1, R_2); opérculo occipital (Op); gyrus temporo-parietalis profundus; limbus post orbitalis (Lp).

(Cerebros descritos por el Dr. L. Lattes).

terno del hemisferio. En el lóbulo parietal predominio de surcos transversales.

En el hemisferio izquierdo la cisura de Sylvio comunica tam-

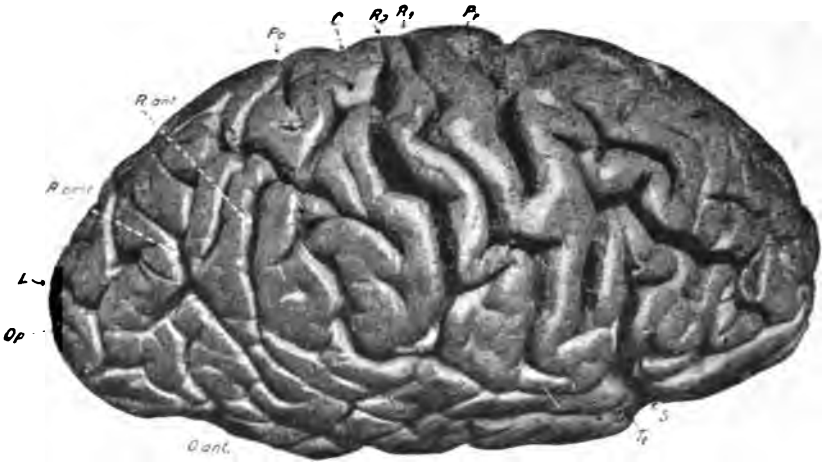


Fig. 18. — Uxoricida de la provincia de Teramo. Hemisferio derecho. Desdoblamiento del surco de Rolando (R_1, R_2); opérculo occipital (Op); 4 circunvoluciones frontales.

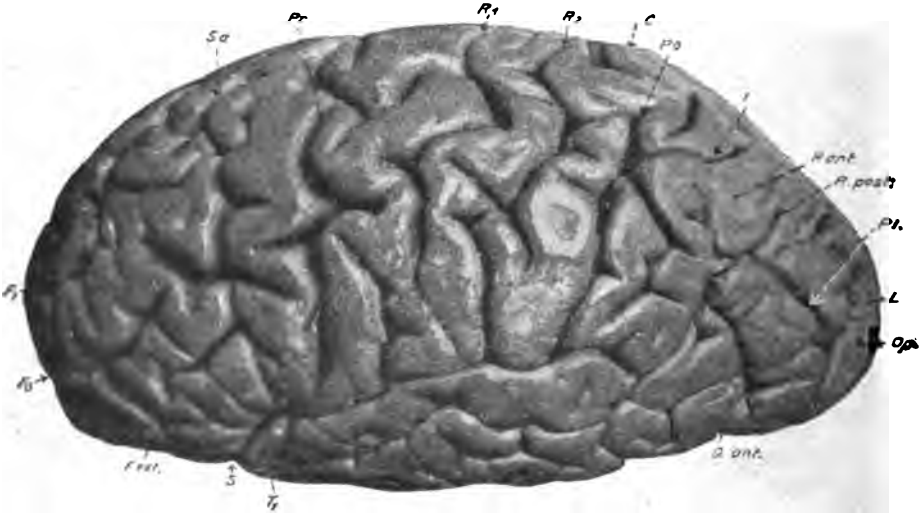


Fig. 14. — (Hemisferio izquierdo del caso anterior). — Desdoblamiento del surco de Rolando con interrupción de los dos surcos en el tercio inferior (R_1, R_2); 4 circunvoluciones centrales transversales (limitadas por los surcos Sa, Pr, R_1 R_2 Po); opérculo occipital (Op); 4 circunvoluciones frontales.

(Cerebros descritos por el Dr. L. Lattes).

bién con el primer surco temporal. La silviana parece también comunicar con el interparietal.

Cerebro de Vendenbogaert: en el hemisferio derecho comunicación de la cisura de Rolando con la silviana. El hemisferio izquierdo aparece fotografiado, pero recubierto por las meninges, por lo que no podemos indicar nada sobre su superficie externa.

Los estudios realizados hasta el día sobre el cerebro de los criminales y de los alienados, sólo podrán rechazarse si los resultados son contrarios después de gran número de pesadas, de mediciones sobre la forma exterior y estructura íntima de las circunvoluciones. Mientras tanto, la labor realizada por la multitud de investigadores citados, conservará todo su apogeo, toda su gran importancia.

* * *

Finalmente, nos resta expresar las manifestaciones sinceras y sentidas de nuestro agradecimiento al profesor S. Sierra y Val, Decano de nuestra Facultad, y á quien nuestro laboratorio debe la cesión de los seis hemisferios descritos y de las dos fosillas de Lombroso. Y no hay nada más agradable para un discípulo agradecido que rendir al maestro que se venera un justo homenaje, aunque sea tan pobre y sencillo como es este mío.

REVISTA DE PEDIATRÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

SUMARIO: I. La pegnina en los niños. — II. Las anemias en la infancia. — III. Paludismo infantil. Su tratamiento. — IV. El crup y la morfina. — V. Helmintiasis intestinal. — VI. Dosis del extracto seco tiroideo en los niños. — VII. La pneumonía del feto. — VIII. Buftalmia familiar.

I. Llama von Dungerm *pegnin-milch* á la leche coagulada por la adición del *fermento lab* que existe en el estómago, indispensable á la digestión de las substancias albuminoideas.

Cuando el fermento lab existe deficiente en el estómago, aparte de los vómitos y alteración en las deposiciones, el peso disminuye porque la asimilación está comprometida.

En estos casos tiene indicación la pegnina, que combate la dispep-

sia estomacal de los lactantes. Hace precipitar la caseina en pequeños coágulos, favoreciendo la digestión y la asimilación.

La dificultad está en tener un fermento lab puro, aséptico, es decir, de confianza. Se presenta en forma de polvo blanco, parecido al azúcar pulverizado. Para su uso, se toma una pequeña porción de este polvo, la cual está señalada en los frascos, y se agrega al biberón. La temperatura de esta mezcla debe ser de 35° á 40°. Esto se hace un rato antes de tomar este alimento. La temperatura demasiado elevada detiene la acción del fermento lab. Si la leche se ha de mezclar con agua, ésta debe agregarse después de la acción de la pegnina y se la esteriliza; se agregará la pegnina después de la esterilización. La cantidad que se agregue será el 1 por 100 y después se deja en reposo la leche quince minutos después de haberla agitado ligeramente y más fuerte si hay grumos. Antes de usarlo se pone al baño de maría á 37°.

A veces, con buena nodriza, pues su leche químicamente es excelente, los niños no mejoran en peso, se cambia de ama y tampoco se logra buen resultado; entonces el uso de la pegnina resuelve el problema.

El buen éxito de la pegnina se nota más en la alimentación por el biberón.

Los éxitos obtenidos con la pegnina, que no es más que un fermento proteolítico, son comparables á los obtenidos con la malta, que es un fermento amiolítico, teniendo uno y otro sus indicaciones especiales según la clase de dispepsia. Estos fermentos juegan un especial papel higiénico en la alimentación infantil.

II. De un notable trabajo publicado por el Dr. G. A. Petrone, relativo á las anemias en la infancia, sacamos algunas ideas que conviene recordar para formar un juicio clínico, lo más exacto posible, de este interesante asunto.

Deben distinguirse, dice, las anemias puras de las anemias complicadas. Las primeras se subdividen en simple, perniciosa y de tipo clorótico. Las segundas se acompañan de otros síntomas que, sin derivarse de la anemia, pueden reconocer un origen común.

La anemia simple es determinada por la falta de alimentación y de higiene, sífilis, etc., y en la segunda infancia el surmenaje, el onanismo y el crecimiento. El raquitismo no es causa de la anemia, pero se puede engendrar por las mismas causas que ésta.

Anemia perniciosa. — Tiene por causas: las hemorragias repetidas, el botriocéfalo, la malaria, sífilis, anquilostomanía duodenal,

las autointoxicaciones intestinales, etc. Se distingue por un descenso muy considerable de glóbulos rojos, sin síntomas de reacción degenerativa por parte de la médula ósea. En la anemia metaplástica, al lado de una enorme oligocitemia, se encuentra un valor globular superior á la normal y se demuestra la presencia de numerosos megalocitos y megaloblastos que indican la reacción regeneratriz de la médula. La diferencia, pues, entre la anemia simple y la perniciosa, es de grado, no de naturaleza.

Anemia de tipo clorótico. — Son aquellas en las cuales el valor globular es inferior á la normal. Algún caso de anemia simple, pasado cierto tiempo, toma el tipo clorótico.

En esta variedad de anemia hay insuficiencia de hierro, que puede ser congénita. El recién nacido tiene en su hígado cantidad de hierro suficiente á responder á sus necesidades, pero cuando es insuficiente, la anemia se presenta, y si á esta insuficiencia se agrega la de la médula, la oligócitemia es la consecuencia.

La insuficiencia ferruginosa puede provenir de pobreza de hierro en la alimentación, hemorragias, lactancia muy prolongada, todo lo cual acelera el consumo de las reservas ferruginosas.

Estados anémicos complicados.—Corresponden á esta clase muchos tipos clínicos; la anemia dependiente de una piohemia se acompaña de polinucleosis neurófila; la que depende de la helmintiasis presenta eosinofilia; la dependiente de la malaria se acompaña de leucopemia neurófila con aumento de los mononucleares. En las anemias de origen digestivo, las sifilíticas y las tuberculosas, los resultados son variables.

En las anemias con esplenomegalia se distinguen : 1.°, casos conteniendo numerosos glóbulos rojos con núcleo sin proporción con el grado de oligocitemia; 2.°, casos en los cuales hay caracteres opuestos á los anteriores.

Los casos que presentan una leucocitemia considerable (polinucleares, neutrófilos y eosinófilos con algunos mielocitos, linfocitos y mononucleares) han sido llamados por Jaksch y Luzct *anemia pseudoleucémica infantil.*

Los casos de la segunda categoría deben ser llamados de *anemia esplénica infantil.* Existen otras formas más raras de anemia con esplenomegalia y linfocitosis (sífilis) y de anemia con esplenomegalia y polinucleosis (focos de supuración.)

La etiología es incierta y la patogenia mal interpretada hasta la fecha.

III. En la Revista titulada *La Escuela de Medicina*, de la República del Salvador, aparece un artículo en el cual se consigna lo siguiente respecto del paludismo infantil y su tratamiento:

«El paludismo se cura por la quinina usada en dosis según la edad. Hasta los dos años se darán dosis de 5 á 15 centígramos de sulfato de quinina; en los mayores de dos años, dosis de 20 á 40 centígramos; se aumenta generalmente 0'05 centígramos por año.

Los niños, más que los adultos, tienen repugnancia por los medicamentos amargos y por eso se ha usado la quinina en fricciones. La quinina se disuelve en licor anodino de Hoffman, en grasa ó en glicerina, y se debe friccionar en los sitios donde la piel es más fina. Este método estuvo en boga hace tiempo y aun hoy hay quien fía en él, pero es lo cierto que la absorción del medicamento es insignificante. La quinina se administra en los niños de pecho en forma de enemas y se logra buenos resultados. No sucede así administrándola á las nodrizas, pues por 100 cent. cúb. de leche, solamente pasan al niño 2 ó 3 milígramos de quinina. Algunas familias dan al niño la quinina en una cucharada de café negro bien azucarado, y es de advertir que así pierde la sal su amargura para conservar sus propiedades.

Hoy contamos con la *euquinina* insípida; no altera el aparato digestivo y produce menos zumbidos de oídos; se usa á doble dosis que la quinina, 10 centígramos por año de edad. Comienza á eliminarse dos horas después de la administración. Se la da mezclada con azúcar de leche. Si no se tiene á mano la euquinina, se debe dar la quinina por el procedimiento de Borde, que es el siguiente: se toma un gramo de sulfato de quina y se mezcla en un mortero con 8 gramos de aceite de olivas; cada 20 gotas de esta mezcla tiene 5 centígramos de quinina. Se administra el número de gotas necesario en una cucharada de leche fría azucarada y haciendo que el niño la tome de una sola vez.

El aceite forma en el centro de la cucharada de leche una especie de lenteja que engloba la sal, y el niño la traga sin sentir el sabor amargo».

También pueden usarse las inyecciones hipodérmicas. Este último procedimiento es bastante usado en España, y uno de sus más entusiastas propagandistas es el notable médico Dr. Vidal Solares, de Barcelona.

IV. Los Dres. Lesage y Cleret, de París, han hecho un estudio respecto del uso de la morfina para combatir los accidentes que com-

plican la laringitis diftérica, y dicen que para remediar estas crisis de asfixia en el crup no hay más que la traqueotomía y la intubación. La traqueotomía es cada vez menos empleada, pues la reemplaza casi siempre la intubación.

Esta tiene algunos peligros, pues puede provocar ulceración, supuración, edema de la laringe, etc., y hasta complicaciones broncopulmonares, sin olvidar el ictus laríngeo en el momento de la introducción del tubo. Por estas razones dicen los referidos profesores que ellos han tratado de evitar algunas intubaciones y lo han logrado con el uso de la morfina. Admiten la idea, muy generalizada, de accidentes ó auxilios á los niños en los cuales se ha empleado, no la morfina, sino el opio, pues éste, además de la morfina, tiene otros alcaloides más tóxicos y encierra de ellos dosis variables. El opio tiene elementos no dosificados debidamente.

El empleo de la morfina no produce alteraciones, puesto que se dosifica debidamente. Así lo deducen los autores de sus observaciones en niños de todas las edades en los que han aprovechado el efecto antiespasmódico de aquel medicamento. De este modo aseguran haber evitado en muchas ocasiones la intubación en los accesos de sofocación.

Proceden del siguiente modo: Se presenta un niño, después de algunas horas con amenaza de asfixia, y en vez de intubarle le hacen una inyección hipodérmica de una solución al 1 por 100 de clorhidrato de morfina á la dosis de $^1/_4$, $^1/_3$ ó $^1/_2$ cent. cúb., según la edad, y algunos instantes después le practican una inyección de suero Roux de 80, 100 ó 120 cent. cúb. de una sola vez.

Han observado que momentos después el niño mejora, el tiraje cede y calma la respiración, que hace más regular. El sueño mórfico dura cinco ó seis horas, durante las cuales el suero actúa. Es la morfina un gran recurso de expectación avanzada, y si falla, como sucede alguna vez, tiempo hay de intubar. En los casos en los cuales el niño se presenta cianótico, casi moribundo, la intubación es obligada, pero la práctica anterior del uso de la morfina debe hacerse, sin embargo, pues procediendo así la duración de la intubación es más corta; puede retirarse el tubo á las doce horas. Si de nuevo hay síntomas de asfixia, se repite la inyección de morfina y así se evitará la reintubación. Es siempre la morfina un recurso para evitar la permanencia larga del tubo en la laringe.

V. Todo cuanto contribuya á facilitar el diagnóstico de los vermes intestinales en la infancia merece anotarse, porque á veces la hetero-

geneidad de las manifestaciones que producen y la falta de antecedentes que nos orienten en el diagnóstico, llevan al clínico por caminos falsos á errores de juicio y de tratamiento. Por eso nos parece oportuno fijar la atención en un caso observado por el Dr. Rimette.

Se trata de un niño de siete años de edad, quien repentinamente siente cólicos, dolor de cabeza, etc. Pasa la noche muy agitado, con náuseas, vómitos y repetidas deposiciones; la piel se pone roja, temperatura 39°,5 y tos quintosa sin síntomas torácicos. El pulso duro, 120, con vómitos y agitación, y el vientre timpanizado, aunque no doloroso. Al día siguiente seguía el cuadro patológico; no ha dormido ni halla posición que le alivie de su inquietud, que se parece á los atacados de cólico de plomo; las pupilas están muy dilatadas. Los lavados intestinales y una poción cloroformada calman algo esta situación, y como no había hecho deposiciones, el aceite de ricino las provoca y expulsa tres ascárides, que dan el diagnóstico. Entonces la santonina y los calomelanos le fueron administrados y arroja en una masa 18 ascárides y cierto número de tricocéfalos. En deposiciones sucesivas arroja hasta 15 ascárides más. Como era de suponer, el restablecimiento fué rápido.

VI. En aquellas enfermedades en que la tiroidina y sus preparaciones tienen indicación precisa en los niños, es preferible, á juicio de los observadores, el extracto seco tiroideo.

Se ha exagerado el efecto tóxico de este medicamento, y solamente se manifiesta haciendo uso de preparaciones mal hechas ó cuando el medicamento está mal administrado.

No es posible señalar la dosis diaria de un modo absoluto, pues hay que tener presente la enfermedad, la edad y la susceptibilidad individual, pues en el mixoedema, por ejemplo, en que hay falta de producto tiroideo en el organismo, no es posible proceder como en otras enfermedades en las que hay que suplir, no la falta total, sino el defecto de secreción de la glándula tiroides. Puede, en términos generales, señalarse la dosis de 5 á 10 centígramos diarios en el niño, según la edad. En el mixoedema especialmente, conviene suprimir por quincenas el uso del medicamento. Así se consigna en una Revista de la especialidad, y es de interés conocer esta cuestión, no muy frecuente en la clínica. Creemos que estas ideas pueden servir de norma para el manejo del extracto seco tiroideo, que indudablemente es el preferido, según ya hemos consignado en un caso publicado en esta Revista hace algún tiempo.

VII. En atención á lo desconocidas que son hasta la fecha las

cuestiones relacionadas con la herencia infecciosa, debemos fijar la atención en todo aquello que sirva para contribuir al esclarecimiento de este interesante estudio, y al efecto, no se debe pasar sin advertencia el caso observado por los Dres. Menetrier y Touranie, de un feto con foco de pneumonía típica transmitido de la madre, que padecía la misma infección, demostrando así el pneumoco tendencia á desarrollarse en el parénquima pulmonar, con exclusión de órganos mejor dispuestos en el feto para recibir directamente la transmisión de la infección placentaria. Esto agrega nuevos datos á la patología general referentes á la elección de ciertos órganos del feto por las toxinas producidas por alteraciones del órgano similar de la madre. Aquí, el feto contenido en el útero ha padecido una pneumonía transmitida de la madre, y se ha confirmado por la autopsia que arrojó datos histológicos y bacteriológicos que lo demostraron.

Con este motivo, los referidos observadores se ocupan de algo de historia del asunto, y dicen que existen divergencias en la apreciación de la frecuencia de la pulmonía en el feto, hasta el punto que Lepine niega, no sólo su existencia, sino su posibilidad, y en cambio otros, como Valleix, afirman la hepatización pulmonar en los recién nacidos, confirmada por la opinión de Billard, Grisolle y otros.

Recientes observaciones demuestran la transmisión de la infección pneumocócica, acompañada de otras localizaciones. En observación de Roger se demostró cultivos puros de pneumococus sin que hubiera foco individualizado.

Hay casos registrados en fetos nacidos á término, en los cuales la evolución de la pulmonía se ha verificado después del nacimiento, y otros en que la pulmonía ha evolucionado dentro del claustro materno.

Esto ha servido para sentar la hipótesis de Menetrier y Touranie, de la analogía de la localización similar en una misma infección en la madre y en el feto, y las observaciones de M. Charrin entre las alteraciones de órganos maternales y fetales en el curso de la gestación. Respecto al hígado, ha obtenido experimentalmente la prueba de que las alteraciones del hígado de la madre, poniendo en circulación la hepatoxina ó lysinas, influyen sobre el hígado del feto, lesionándole, y deduce que por lo que al pulmón pueda interesar, también las substancias pneumotóxicas pueden fijarse en el pulmón del feto y determinar análogas lesiones á las que padece la madre en el período de gestación.

Hay que esperar que mayor número de casos clínicos y observaciones experimentales nos permitan aceptar sin vacilaciones la hipótesis expuesta.

VIII. Es curioso un trabajo publicado por los Dres. Salas y Ribas en un periódico profesional de Sevilla, y creemos de utilidad recoger algunas de las ideas que en él se exponen relativas á este proceso, propio de la infancia, llamado buftalmia y también hidroftalmia, que en ocasiones es de aspecto asombroso por las dimensiones tan extraordinarias que adquiere el globo ocular.

Entre los varios casos que han observado, citan el de una niña de cuatro años de edad, que presentaba buftalmia exagerada en el ojo izquierdo y poco pronunciada en el derecho.

Esta desigualdad hizo pensar á un compañero en un glioma de la retina y hasta propuso la enucleación del ojo izquierdo. La esclerótica, adelgazada, dejaba transparentar el pigmento uveal, dándole un tinte azulado; la córnea, de mayores dimensiones que de ordinario (megalocórnea), más abombada (queratoglobo), estaba transparente, sin las opacidades que caracterizan el edema corneal sintomático de hipertensión, y la cámara anterior era profunda y con buena reacción pupilar.

La tensión del ojo estaba aumentada, no pudiendo comprobar si existía la excavación típica del glaucoma, por impedir examinar el fondo del ojo el estado de la enfermita.

La enfermedad había seguido un curso crónico y quedó estacionada desde que se instituyó un tratamiento apropiado, es decir, el uso continuo de los miósicos.

Esta detención, desgraciadamente, no se presenta en todos los casos, y muchos de ellos terminan por la ceguera, que depende principalmente del período en que terminó la evolución de la enfermedad, esto es, si fué antes ó después que el nervio óptico fuera destruído al formarse la excavación glaucomatosa.

La diferencia entre esta afección, que es un verdadero glaucoma infantil, y el glaucoma senil, es que estando el ojo en período evolutivo, no es la esclerótica lo bastante resistente para contrabalancear la presión interna, y cede distendiéndose.

Por esta causa, los efectos de la hipertensión no se manifiestan tan fatalmente, pues de lo contrario daría lugar á ataques agudos de glaucoma, representando, en cierto modo, una válvula de seguridad.

Observación clínica.—Magdalena G., de diez años de edad. Nació

con ligera buftalmia en ambos ojos. En los primeros años de su vida tenía una visión muy escasa, teniendo necesidad de aproximar mucho á sus ojos los objetos que quería distinguir, y cuando la reconocieron, la visión estaba totalmente perdida y muy pronunciada la buftalmia. Su hermanita, de seis meses de edad, presenta buftalmia doble, aunque menos pronunciada; en cambio, cuatro hermanos más que tiene esta pareja no tienen lesión alguna en su aparato ocular.

Una prima en segundo grado de estas niñas, que tiene dos años de edad, está igualmente afectada de buftalmia doble. Una tía del padre, que cuenta hoy cuarenta y cuatro años, está ciega desde hace veinte. Como se ve, se trata de verdaderos casos de buftalmia familiar.

La herencia juega un papel importante en el desarrollo de este proceso, sin que se conozca la causa.

El aumento del volumen del ojo se explica por la hipertensión y la la ceguera se presenta por excavación glaucomatosa del nervio óptico.

Respecto de las interpretaciones dadas á la etiología y patogenia de este proceso, estudian las opiniones de Lapersonne, quien admite la teoría vascular ó ataxia vasomotriz de Cohen, fundándose en un notable caso de hidroftalmia observado en su clínica, de un joven á quien se le presentó un ataque glaucomatoso agudo, coexistiendo con hipertensión vascular, y que resolvió mediante una simpatectomía.

La hipertomía producida por una vasodilatación activa, dió lugar á una trasudación intraocular superior á la normal, que por no poder ser eliminada produjo la hipertensión.

Reis afirma que la patogenia y las lesiones anatomopatológicas de la buftalmia no son iguales en cada caso, demostrando que si bien es cierto que en todos ellos existe un obstáculo que impide la salida de los líquidos intraoculares, también lo es que una veces esta obstrucción está constituída por una anomalía del conducto de Sclem, otras se debe á lesiones inflamatorias que han determinado la obliteración del plexo venoso y otras, en fin, la dificultad la constituye lesiones limitadas al ángulo de la cámara anterior en la proximidad de las lagunas de Fontana.

Serfelder, después de prolijos estudios histológicos, afirma también que las causas son múltiples y ha observado en general una alteración congénita de las vías de filtración, y en particular la persistencia anormal del ligamento pectíneo fetal, ó bien una des-

trucción del canal de Sclem, que también puede faltar, cual si hubiera sufrido este canal un movimiento de involución ó un desarrollo insuficiente de las trabéculas córneo-esclerales, ó también un desarrollo rudimentario de la espuela escleral. En todos estos casos, los trastornos inflamatorios y vasomotores son secundarios.

Los espacios de Fontana revestidos por una capa de células endoteliales, continuación de la membrana de Descemet, están situados en el ligamento pectíneo, formado por trabéculas de fascículos fibrilares anastomosados, formando mallas de distintas dimensiones, que se ha comparado á una esponja llena de humor acuoso y en comunicación con el canal de Sclem y los espacios linfáticos del iris.

El sistema trabecular que constituye el ligamento pectíneo está muy desarrollado en los cuadrúpedos. En el hombre lo está también en el embrión y el feto, y luego se atrofia paulatinamente hasta llegar á ser rudimentario en el adulto.

Esto nos explica que si el movimiento de involución se presenta precozmente ó de un modo exagerado, puede constituirse la buftalmia.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Extracción de cuerpos extraños de las fosas nasales.—El Dr. D. I. G. Colmenares publica el siguiente artículo en el *Boletín del Colegio de Médicos de Reus*:

«Este capítulo requiere atención especial por parte de los prácticos, dada la frecuencia con que somos llamados á extraer cuerpos extraños de las fosas nasales, en especial de los niños, indudablemente casi tan numerosos como los de los oídos. La variedad es notable: judías, granos de maíz, otras semillas, botones, piedras, bolitas de cristal, huesos de frutas, puntas de París, etc., etc., siendo sorprendidos muchas veces, al examinar á un pequeñuelo, por un flujo nasal, por resultar dependiente de un cuerpo extraño, alojado desde no se sabe cuanto tiempo, como últimamente nos ha ocurrido con una niña, que llevaba en la fosa nasal izquierda tres trozos de regular tamaño de *cascos de almendra*. Así que al ver un niño que desde poco tiempo hace, tiene un flujo por la nariz, sanguinolento, con una de las

ventanas enrojecidas, sobre cuyo origen no se nos da explicación plausible, debe pensarse en un cuerpo extraño y proceder á su investigación metódicamente. En un adulto, el caso es más excepcional, pero cabe, á causa de un vómito, que se introduzca un resto de alimento por las aberturas posteriores de las fosas nasales ó, como hemos tenido ocasión de observar, queriendo expulsar, en un momento de angustia, un diente que se tragaba, al extraerlo y romperse y caer en la faringe. Una sola vez, en un gitanillo muy sucio, hemos visto larvas de la mosca común, sin que podamos precisar si anteriormente padecía alguna rinitis fétida, como en el oído varios casos hemos observado, por otorrea mal oliente que motivó la puesta de los huevecillos del insecto. Generalmente acude la madre con el niño, dando el dato exacto de la introducción del cuerpo extraño, y á primera vista se percibe, ó una ligera hemorragia indica los conatos de extracción, que manos poco expertas han intentado con horquillas ó alfileres. En este caso, lo primero á que se debe proceder es á elegir un sitio en que se disponga de luz conveniente, que, á ser posible, sea *un gran ventanal*, para aprovechar la luz natural, ó de otro modo, un buen foco de luz artificial. En la situación más favorable, puede ser suficiente la luz directa, pero á poco que se sospechen dificultades, deberá procederse á una metódica exploración, valiéndose del espejo frontal, que ya hoy es necesario en el arsenal de todo práctico, por modesto que sea. Convendrá colocar al pequeño enfermo echado en forma á propósito ó sujeto sobre las piernas de un ayudante, con la cabeza apoyada sobre el pecho, envueltos brazos y piernas con una manta ó cobertor, en forma parecida á como colocamos á los niños para explorar la garganta. La luz debe recibirse oblicuamente sobre el espejo que dirige el haz luminoso á la cara del paciente, con la mano izquierda se deprime hacia arriba el lóbulo nasal, y después de bien limpia la ventana, si es necesario con torundas de algodón, se busca con la vista el cuerpo extraño para averiguar su situación y naturaleza, pudiendo aplicarse el espéculum, si de él se dispone, ó de uno ótico que sirve perfectamente. Lo más común es que el intruso ocupe el suelo, entre éste y el cornete medio, ó sea el meato inferior, y nunca pasa la hendidura olfatoria; si lleva algún tiempo allí alojado, inflamada la mucosa, se forman mamelones carnosos y hasta ulceraciones, hallándose entonces recubierto de moco, teniendo que recurrirse á lavados si se ha de ver, ó explorando con el estilete se demuestra su presencia.

Como sucede con los cuerpos extraños del oído, *nunca* debe irse á ciegas con una pinza á buscar y extraer lo que se pesque. El mejor instrumento es un ganchito romo, que se desliza por detrás del cuerpo extraño; una pequeña cucharilla, ó unas pinzas de iridectomía, manejadas *bajo la vista*. En el caso de imposibilidad, por indocilidad del paciente ó por demasiado hundido, merced á anteriores tentativas, no se debe dudar en recurrir á la anestesia. Los cuidados consecutivos se reducen á una esmerada limpieza, y en el caso de secreción fétida y ulceraciones, los lavados antisépticos ó insuflación de polvos también antisépticos, harán en poco tiempo desaparecer la infección». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 15 de Julio de 1908.

De la apendicitis traumática. — El Dr. Couteau: La discusión habida el año pasado en esta Sociedad acerca de la apendicitis traumática me ha impulsado á referiros el caso siguiente: Se refiere á un marino de treinta y cinco años que, encontrándose con el tronco en flexión sobre el muslo derecho, recibió un peso de 250 kilos sobre el dorso; sintió un violento dolor y perdió el conocimiento; durante unos veinte días tuvo accidentes que hicieron pensar en una apendicitis; el herido fué repatriado y durante un año tuvo en varias ocasiones accidentes inflamatorios en la fosa ilíaca. En esta época le ví por primera vez, pálido y quejándose de dolores abdominales con irradiaciones en el muslo; además, se notaba un gran cilindro fecal en la fosa ilíaca. Prescribí los recursos médicos ordinarios y se obtuvo una gran mejoría, persistiendo el estreñimiento. Repitieron los fenómenos á los seis meses y con el mismo tratamiento se obtuvo igual mejoría, alcanzando después la salud completa, que persiste actualmente. No creo que el diagnóstico de apendicitis traumática por rotura sea discutible en este caso, puesto que ni se han observado los signos de una simple contusión del abdomen ó de un derrame sanguíneo superficial ó profundo. Lo que viene en apoyo de este diagnóstico son las investigaciones hechas por diversos autores sobre el estado del apéndice, y en particular los resultados de 1.400 observaciones hechas por el Dr. Letulle en enfermos hospitalizados y en las que se vió la gran rareza de la integridad del apéndice. En tales circunstancias no es sorprendente, pues, que un traumatismo pueda producir una apendicitis.

El Dr. Broca: Temo que el Dr. Couteau peque más de metafísico que de clínico, afirmando que las crisis de apendicitis de su enfermo dependieron del traumatismo. El herido no fué visto por nuestro colega hasta el año y medio del accidente. Se pueden hacer diversas hipótesis y razonar de diversas maneras sobre su caso. El comienzo de la apendicitis, desde luego no está aprobado, y no veo ninguna prueba cierta de la existencia de dicho proceso en el referido enfermo.

El Dr. Routier: La rotura del apéndice y su inflamación, como ya lo he dicho otra vez, son dos cosas diferentes.

El Dr. Demoulin: De que un enfermo con apendicitis haya recibido anteriormente un traumatismo en el vientre, no se puede deducir que existe una relación de causa á efecto entre los dos.

El Dr. Moty: El apéndice es muy sensible y creo que su inflamación puede depender de un choque violento. Recuerdo á un soldado que á los

nueve años recibió una cornada en el hipocondrio derecho. Durante quince días estuvo bastante enfermo y á partir de esta época tuvo frecuentes ataques de apendicitis. En este caso, pues, hay bastantes probabilidades de que el traumatismo fuera el responsable.

El Dr. Potherat: Antes de toda discusión acerca del caso del Dr. Couteau, es necesario saber si hubo ó no apendicitis, y no habiéndose operado es imposible afirmarlo.

El Dr. Quenu: Desearía que el Dr. Couteau indicara las pruebas en que se apoya para afirmar que todos los apéndices están enfermos, puesto que yo he hecho examinar macroscópica y microscópicamente un gran número de ellos y la gran mayoría no tenían ninguna lesión.

El Dr. Couteau: Mi afirmación se apoyaba en una estadística extranjera de 600 casos y en la del Dr. Letulle antes citada.

El Dr. Tuffier: He hecho investigaciones análogas en diversas ocasiones y de 500 apéndices examinados se ha visto que sólo estaban enfermos en la proporción del 20 por 100.

El Dr. Quenu: Las investigaciones del Dr. Letulle no prueban nada, puesto que han sido hechas *post mortem* y las lesiones se pueden haber desarrollado después de la muerte. Sólo se deben tener en cuenta los exámenes hechos en apéndices extraídos por laparotomía.

De la anestesia general por medio de una mezcla de éter, aire puro y ácido carbónico.—El Dr. Nélaton: Hace algunos meses el Dr. Ambredanne nos ha presentado un aparato para la anestesia por el éter. El autor preconiza una mezcla de éter, aire puro y ácido carbónico, la cual he empleado en mi enfermería 300 veces sin accidente serio. No tengo necesidad de recordar que el cloroformo tiene algunos peligros, y que si el éter es menos peligroso, tiene, sin embargo, inconvenientes: bronquitis consecutivas más ó menos serias, aspecto impresionante de la anestesia, etc. El Dr. Ambredanne ha creído suprimir estos inconvenientes, empleando su mezcla y haciendo así la anestesia comparable á la del cloroformo. De las 300 anestesias que se han hecho con este aparato, en 285 casos ha sido análoga á la del cloroformo. En los 15 enfermos restantes se han observado fenómenos como en la anestesia por el éter solo ó como con los aparatos antiguos: cianosis, estertor, asfixia, etc.; sólo he tenido un caso de bronquitis grave no seguida de muerte. En resumen, he obtenido una buena impresión del empleo de este modo de anestesia.

El Dr. Tuffier: También conservo buena impresión de las veces que la he empleado; el aparato es ciertamente superior á sus precedentes; no he tenido ningún accidente grave; sólo algunas bronquitis, que han desaparecido muy pronto.

El Dr. Delbet: Reconozco que este aparato es superior á los otros, pero no pienso que la anestesia que con él se obtuvo sea comparable á la del cloroformo. Muchos de mis operados han tenido bronquitis; en dos hube de recurrir al cloroformo y una enferma sucumbió al día siguiente por la mañana bruscamente, y en cuya autopsia no se encontró más que una congestión enorme de los dos pulmones. Mis operados han conservado, durante todo el día de la anestesia, un malestar particular muy desagradable.

El Dr. Reynier: Creo una exageración decir que con 300 cloroformizaciones había probabilidades de haber tenido algún contratiempo. En tres años, con unas 4.000 cloroformizaciones, ningún accidente se ha presentado, excepto en un enfermo que había comido dos horas antes y en el que una vez vaciado el estómago, se continuó normalmente la cloroformización.

El Dr. Potherat: Fuí mucho tiempo partidario del éter, el cual abandoné por el peligro de la inflamabilidad de sus vapores. Pero he vuelto á él con el aparato de Ambredanne y no he tenido ningún accidente que lamentar. Y sin embargo, una enferma tuvo un escalofrío (cosa que yo ignoraba), la noche antes de la operación, y á pesar de la anestesia por el éter, la pulmonía, que se había iniciado, siguió su curso normalmente.

El Dr. Championnière: Para establecer comparación con el cloroformo, es necesario haber empleado este nuevo aparato en algunos miles de casos.

(*Bull. Méd.*). — Codina Castellví.

SOCIEDAD FRANCESA DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS SOBRE LA TUBERCULOSIS

Sesión del día 15 de Abril de 1908.

Modo de acción de los procedimientos empleados en el tratamiento de las hemoptisis de los tuberculosos. — El Dr. L. Guinard: Divido en tres grupos los medios que pueden utilizarse en las hemoptisis: 1.°, modificadores de la sangre; 2.°, modificadores de la circulación; 3.°, auxiliares especiales.

Modificadores de la sangre. — En este grupo figuran, en primer lugar, los coagulantes locales, la gran clase de los astringentes, astringentes orgánicos ó minerales empleados contra las hemorragias superficiales y las efusiones sanguíneas consecutivas á las erosiones vasculares y á los traumatismos. Como algunos de estos agentes tienen la propiedad de contener la hemorragia formando un coágulo merced á su contato directo, se ha supuesto que son capaces de influir de un modo eficaz en las hemorragias profundas, como las hemoptisis. No es necesario profundizar mucho el análisis para comprender cuán problemático es el papel del tanino, del ácido gálico, de la ratania, de las sales de plomo, del alumbre y de las múltiples fórmulas de aguas acídulas ó medicinales. Son agentes que, con justicia, se han abandonado ó están á punto de abandonarse por completo, porque ninguna de sus propiedades justifica el menor efecto hemostático después de la absorción.

Mayor interés tienen los coagulantes generales, ó al menos, las substancias á las que, con razón ó sin ella, se atribuye la propiedad de aumentar la coagulabilidad general de la sangre, y que se prescriben con el fin de acelerar la obliteración de los vasos abiertos, formando con rapidez un coágulo. Estudiaré, en particular, el cloruro de calcio, las disoluciones salinas, la gelatina y el suero gelatinizado.

El papel de las sales de cal, y en particular del cloruro de calcio en los fenómenos de la coagulación es, al parecer, aceptada por todos los auto-

res y basta recordar en apoyo de ello los experimentos de Green, Freund, Arthus, Pagés y Sabbatani. Pero, aunque Wright y Dastre han observado la acción favorable del cloruro sobre la coagulabilidad, en cambio otros autores, y en particular Carnot, han obtenido resultados menos fehacientes. Siempre que he administrado el cloruro de calcio ó el sulfato de sosa, no me ha sido posible observar efectos innegables de la eficacia de estas sales como coagulantes generales. No he visto que las hemoptisis se contuvieran mucho mejor que con los otros medios, y, en mis observaciones, la hemorragia se contuvo después de un tiempo tan variable, que no fué posible apreciar la eficacia verdadera del medicamento.

Cuanto á la gelatina y al suero gelatinizado, no creo que seán verdaderamente útiles. Según los experimentos de Dastre, Carnot, Huchard, Deguy, Bauermeister, Davezac, Cybluski, Klemperer, Demange, Dumarest y Bayle, la gelatina y el suero gelatinizado han producido buenos resultados en el tratamiento de las hemoptisis; en cambio, otros trabajos llegan á conclusiones diametralmente opuestas. M. Labbe y Foin, en particular, pretenden que las inyecciones subcutáneas de suero gelatinizado carecen de acción sobre la coagulabilidad de la sangre y no contienen las hemorragias. Gley y Richaud han sacado las conclusiones siguientes: 1.ª, la gelatina carece de propiedades coagulantes propias; 2.ª, además de las pequeñas cantidades de sales de cal que pueden, quizá, en cierto modo, favorecer la coagulación de la sangre, contiene substancias capaces de retrasarla y hasta de impedirla; 3.°, hay que renunciar en absoluto á su empleo como hemostático general. He empleado varias veces el suero gelatinizado y confieso no haber sido más afortunado que con el cloruro de calcio. Siempre que las inyecciones se hicieron en el tejido conjuntivo fueron tan desagradables para los enfermos á causa del dolor y de la fiebre que ocasionaron que, no encontrando un beneficio compensado, prefiero renunciar por completo á ellas.

Modificadores de la circulación. — Sea cual fuere su causa, y por razones de las que no debo ocuparme, toda hemorragia pulmonar algo abundante entraña una indicación capital: contener lo antes posible la pérdida de sangre. Esta indicación, trátese de una hemoptisis por obstrucción, por congestión ó por ulceración, sólo puede llenarse de buena manera por los modificadores circulatorios. Creo conveniente hacer algunas consideraciones para saber si son preferibles los vasoconstrictores ó los vasodilatadores.

Conviene manifestar ante todo que la irrigación sanguínea pulmonar en nada se asemeja á las de cualquier zona de la circulación mayor. La estructura y la cualidad del tejido del pulmón, las funciones fisiológicas de este órgano y las condiciones en que se ejecutan producen diferencias considerables. Todo el sistema de la circulación menor experimenta de una manera continua los aumentos y disminuciones de calibre que corresponden á cada uno de los movimientos de dilatación y retracción torácicas. Además, los vasos del pulmón, muy extensibles, están dotados de tonicidad ligera y son influídos fácilmente por todas las modificaciones algo importantes que se producen en la totalidad ó en una parte de los vasos de la circulación mayor. Es de suponer, por lo tanto, que toda acción

vasoconstrictora general que obra sobra la circulación mayor y sobre el conjunto de los capilares repartidos por la masa de los órganos contráctiles, exige una compensación que encuentra en la red más flexible, en la más elástica, es decir, en el pulmón, donde la sangre, rechazada de las otras regiones, encuentra donde almacenarse más fácilmente. Estas consideraciones hacen dudar del valor de los vasoconstrictores generales en el tratamiento de las hemoptisis.

Respecto á los vasodilatadores pareco, *a priori*, ilógico pensar en ellos, porque para moderar ó contener un derrame sanguíneo el procedimiento más natural debe ser disminuir el calibre de los vasos y no emplear substancias que los relajen. Sin embargo, en el caso particular, este medio es, al parecer, el mejor. En efecto, supongamos un sistema compuesto de un recipiente y de tubos de caucho por el que circula un líquido con presión determinada; si en un punto de este sistema existe una pequeña fisura, el mejor medio de favorecer el escape del líquido por esta solución de continuidad es aumentar la tensión interior, comprimiendo una parte ó la totalidad del sistema para disminuir su capacidad. Si, por el contrario, en igualdad de condiciones, la presión disminuye, el líquido podrá circular sin ejercer fuerza sobre las paredes y saliendo muy poco ó nada por la fisura. De la misma manera, si se relaja el conjunto de vasos por un vasodilatador general, la sangre, al circular con poca presión, tenderá mucho menos á aprovechar las soluciones de continuidad para salir de los vasos. Por esta razón, en el tratamiento de las hemoptisis no es ilógico considerar como más eficaces las modificaciones vasodilatadoras.

Veamos ahora, á propósito de cada agente ó procedimiento modificador de la circulación, lo que conviene retener como útil para la práctica de la hemostasia pulmonar.

El cornezuelo de centeno y la ergotina, que forman parte de todas las fórmulas y que se siguen prescribiendo en pociones, en píldoras ó en inyección hipodérmica, en los casos de hemoptisis, deben ser desechados, primero porque su eficacia es completamente nula y, en segundo lugar, porque su empleo puede tener ciertos inconvenientes, á veces desagradables. Un hecho esencial domina la fisiología y la historia farmacodinámica de la ergotina: la acción excitante de esta substancia sobre el conjunto de las fibras musculares lisas, con predominio sobre las de órganos especiales, como el útero grávido, los vasos sanguíneos, la vejiga, etc. Los movimientos cardíacos se hacen más lentos y débiles, los vasos se contraen, los capilares quedan exangües y las venas se dilatan; la tensión arterial aumenta á la vez. Por desgracia, no se ha demostrado que en los vasos pulmonares se produzcan los mismos efectos que en los de otras regiones, en particular en los del útero ó de los intestinos. No ignoro que, en 1905, Plunner demostró que la inyección intravenosa del extracto fluído de cornezuelo de centeno eleva en el perro, de un modo notable, la tensión en la arteria pulmonar; pero creo que se trata de un resultado obtenido por una vía de introducción, susceptible de modificar el carácter de las manifestaciones habituales del medicamento. Se ha creído, por error, que era posible obtener, en el pulmón, los efectos hemostáticos notables que produce el cornezuelo de centeno sobre el útero. La comparación es impo-

sible porque, en la hemostasia uterina, la contracción de la túnica musculosa fuerte del órgano contribuye en gran parte á la disminución de calibre de los capilares, mientras que los capilares del pulmón, que poseen pocos elementos contráctiles y carecen de tonicidad, se encuentran en condiciones completamente distintas. Estos capilares, como son menos resistentes, se distienden, pero creo más bien que en las condiciones ordinarias de su empleo contra las hemoptisis, el cornezuelo de centeno es ineficaz.

Como prueba de que no soy el único que piensa así, citaré la opinión de algunos autores que consideran inútil el empleo de este medicamento. Skeinka manifiesta que las inyecciones de ergotina, inútiles á pequeñas dosis, son peligrosas á dosis elevadas á causa del aumento considerable de la presión arterial y de los efectos cardíacos que determinan. Huguenin dice que jamás ha visto contenerse una hemoptisis bajo la influencia de la ergotina, y agrega que la única vez que, al parecer, se obtuvo esta contención, se observó al día siguiente que, por error, en vez de la disolución de ergotina, se había inyectado láudano. Senator insiste sobre la ligera tonicidad de los vasos pulmonares y sobre el error que se comete comparando la acción del cornezuelo en las metrorragias y en las hemoptisis. Finalmente, Grancher, Hutinel, Pic, Petitjean, Lyon, etc., tampoco creen eficaces las preparaciones de cornezuelo en la hemostasia pulmonar, así que, en vista de que no se cita un sólo caso que pruebe que la ergotina ha contenido una hemoptisis y, en cambio, se refieren muchos en los que su ineficacia fué innegable, sostengo mi afirmación.

No creo que estemos mejor armados con la adrenalina, y después de analizar bien el modo de acción de este agente, no comprendo por qué se sigue recomendando como hemostático general y en el tratamiento de las hemoptisis de los tuberculosos. La propiedad vasoconstrictora directa del extracto capsular está probada con exceso. La adrenalina, en contacto con un tejido, con una mucosa ó con una superficie denudada, produce efectos vasoconstrictores enérgicos, pero se trata de una acción local completamente periférica. La adrenalina, vasoconstrictor local, no puede ser empleada como vasoconstrictor general, de igual manera que la cocaína, anestésico local, no puede ser utilizada como anestésico general. Si fuera posible, como en la raquicocainización, aplicar la adrenalina sobre los puntos de donde procede la hemorragia, en el pulmón, se obtendrían resultados; pero las tentativas que han hecho en este sentido Lenoir é Ivert, por medio de las inyecciones traqueales, y Vaquez por las inyecciones directas en el parénquima pulmonar, no cuentan en su favor un número suficiente de resultados favorables. ¿Quiere decir esto que Lépine, Floersheim, Souques, Morel, Lenoir, Vaquez, Rénon, Lousti, Lange, Catle, etc., que han referido casos felices, se han engañado? Diré más bien que han sido engañados por resultados felices, producidos según toda probabilidad espontáneamente y sin intervención terapéutica alguna. Por ejemplo, en las observaciones de Souques y Morel, excepto en dos casos, en los que la hemostasia fué comprobada quince minutos después de la inyección; este intervalo fué treinta minutos (una vez), de una, tres y seis horas. Para los que conocen el carácter brusco con que se manifiestan y desaparecen los efectos vasoconstrictores de la adrenalina, cuando se inyecta con un fin experimental

en las venas de los animales, estas diferencias son difíciles de explicar.

Oliver, Schaefer, Cybluski, Szimonovicz, Velich, Bield, Frankel, Gottlieb, Langlois, Livon, Guinard, Martin, Carnot y Josserand, han observado que, después de la inyección venosa, el jugo suprarrenal determina una hipertensión arterial rápida, considerable, pero pasajera; hipertensión seguida, sobre todo cuando se repiten las dosis, de un fenómeno inverso de hipotensión que puede hacerse inferior á la cifra normal. Pero estas modificaciones son producidas por inyecciones venosas de adrenalina; con la inyección hipodérmica y la ingestión, las modificaciones vasculares son casi nulas. Langlois ha demostrado, en efecto, que la adrenalina se altera en contacto de ciertos órganos ó tejidos y en las vías digestivas. Carnot y Josserand han demostrado también que la adrenalina, administrada por las vías digestivas ó en inyección hipodérmica, no determina efecto alguno, ni cardíaco ni vasoconstrictor lejano, y que después de la inyección local parenquimatosa pulmonar, hepática y renal, los efectos vasomotores son poco acentuados, probablemente á causa de la diferencia en la abundancia de fibras musculares en estos vasos. Estas acciones locales no son siempre suficientes para asegurar la hemostasia, al menos á dosis no tóxicas. No debe olvidarse, en efecto, que la adrenalina, además de estas acciones vasculares, puede producir fenómenos muy desagradables: palidez, vértigo, cefalea, disnea, vómitos, taquicardia, estado sincopal, á veces grave, tanto más cuanto que, según las investigaciones de Josué, el hombre es sensible de un modo especial á los venenos de las cápsulas suprarrenales.

El resumen de todo lo que precede no es muy satisfactorio porque los efectos vasoconstrictores inciertos y la hemostasia dudosa á las dosis terapéuticas son más que compensados por los riesgos que corren los enfermos. Además, en el terreno clínico, las observaciones que confirman la eficacia del extracto suprarrenal, no abundan, y los autores que le han recomedado no están, al parecer, muy convencidos de su valor. El profesor Lepine manifiesta que sería tanto más interesante confirmar la utilidad de la adrenalina en ciertas hemoptisis cuanto que, en el animal sano, no contrae los vasos pulmonares de un modo apreciable.

El hidrastis y el hamamelis son clasificados, farmacodinámicamente, como vasocontrictores y como tales se les ha prescripto en el tratamiento de la hemoptisis; sin embargo, nadie cree que contengan una hemorragia de un modo rápido y eficaz. Se les considera, al parecer, en particular al hidrastis, como susceptibles, por su uso metódico y prolongado, de aumentar la tonicidad vascular y de prevenir así la recidiva de los accidentes. Gabrilovitch administra en estas condiciones, á dosis fraccionadas y progresivamente decrecientes, el hidrastis canadensis en los individuos cuya pérdida de sangre se prolonga y que están predispuestos á las hemorragias. Según la frase del profesor Hayem, el hidrastis es un hemostático á larga fecha. Creo que conviene tener en cuenta las observaciones clínicas que consideran este medicamento como un auxiliar de la medicación hemostática, pero no me parece que sea capaz de suspender con la rapidez necesaria una hemoptisis franca.

La propiedad que posee la quinina de excitar la contracción de las fibras lisas de los vasos, aboga en favor de la propiedad hemostática que se la

atribuye. Pero en la hemoptisis de los tuberculosos no es un medicamento de eficacia suficiente. Es á lo sumo un auxiliar. La antipirina, cuya acción vasoconstrictora local no puede negarse, es ineficaz como hemostático general. La digital y la digitalina son útiles en ciertas modalidades de hemoptisis y convienen á los enfermos con eretismo cardíaco y palpitaciones fuertes. Al obrar sobre el corazón y aumentar la presión arterial, pueden combatir ciertas congestiones pasivas con estancación venosa, capaz de sostener el flujo sanguíneo. Se atribuye á la digital una acción vasoconstrictora sobre la red pulmonar, acción que no se ha demostrado directamente. Es, en resumen, un medicamento que llena indicaciones particulares y que merece clasificarse en el grupo de los auxiliares especiales.

Veremos ahora que hay más probabilidades de obtener la hemostasia pulmonar *rápida* empleando procedimientos y agentes que producen la vasodilatación. En 1898, Flick (de Filadelfia) ideó tratar las hemoptisis disminuyendo la presión en los vasos pulmonares por medio de la vasodilatación periférica producida por la trinitina, y obtuvo resultados satisfactorios. Al año siguiente, Bouquet (de Boissy en Brie) y Chelmonsky (de Varsovia), observaron que los yoduros de potasio y de sodio pueden triunfar como hemostáticos, sobre todo en las hemoptisis con hipertensión.

Respecto al nitrito de amilo, que merece ser incluído entre los más rápidos y enérgicos de los vasodilatadores generales, fué empleado primeramente en 1904 contra las hemoptisis por Francis Hare, y con tal ventaja, que obtuvo la contención casi instantánea de la hemorragia. Estos hechos fueron comprobados al año siguiente por Lemoine y Rouget, quienes, en la *Sociedad Médica de los hospitales*, citaron varios casos de hemostasia rápida por el nitrito de amilo. Pic, Soulier y Petitjean refieren también observaciones fehacientes, consignadas en la tesis de Bourlaud (Lyon, 1906). Estos hechos interesantes han sido confirmados por Pauliot y Crace-Calvert. Finalmente, en el Sanatorio de Bligny, empleo de un modo corriente y sistemático el nitrito de amilo contra todas las hemoptisis que se presentan, y no sólo no he tenido ningún contratiempo, sino que no puedo menos de alabar la eficacia y rapidez de acción de este medicamento. Insisto mucho sobre el hecho de que con el nitrito de amilo se contienen de una manera sorprendente y rápida las hemorragias pulmonares de los tuberculosos.

¿Cuál es el mecanismo de estos efectos? Creo que la vasodilatación general, activa, rápida y enérgica, basta para justificar e modo de acción notabilísimo del nitrito de amilo en las hemoptisis de los tuberculosos. Esto es tanto más probable cuanto que dicho medicamento obra no paralizando los constrictores, sino como excitante de los vasodilatadores.

La nitroglicerina, cuyas propiedades vasodilatadoras periféricas son tan conocidas, obra igual que el nitrito de amilo, pero, como dice Huchard, su acción es más persistente, menos rápida y más infiel. Según la observación é investigaciones hechas por R. Gaultier en la clínica del profesor Dieulafoy y en el laboratorio de los profesores Grehant y Pouchet, el extracto de muérdago y el velledol poseen una eficacia notable contra las hemorragias congestivas y en particular las hemoptisis de los tuberculosos; obra siempre conteniendo estas hemorragias y disminuyendo la presión sanguí-

nea de un modo manifiesto y durable. Levrat ha publicado hace dos meses cuatro observaciones fehacientes.

Todo procedimiento que concurra á disminuir la tensión vascular igual que todo método susceptible de moderar el aflujo sanguíneo al pulmón, puede estar indicado en el tratamiento de la hemoptisis. Figuran entre ellos la ventosa de Junod, la ligadura de los miembros, practicada de modo que suspenda sólo la circulación de retorno y retenga así la sangre en las extremidades.

Los vomitivos, los contraestimulantes, el emético y sobre todo la ipecacuana, merecen llamar de una manera especial la atención, porque los médicos no están todavía de acuerdo respecto á saber si se debe provocar el vómito ó administrar una dosis que no le produzca. Los dos casos son diferentes y no debe confundirse la acción propia de la ipecacuana y las náuseas ó los vómitos producidos por este agente. La ipecacuana, administrada á dosis fraccionadas es, como el emético, un depresor cardiovascular que determina la lentitud de los movimientos cardíacos y el descenso de la presión sanguínea (Pécholier, Reboul, Grasset y Amblard). Este medicamento puede, por lo tanto, emplearse como hipotensor en las hemorragias y la hemoptisis. El profesor Lemoine emplea la medicación contraestimulante en las hemoptisis capilares debidas á la congestión perituberculosa y en todas las exhalaciones sanguinolentas consecutivas á las grandes hemoptisis. El profesor Dieulafoy asocia el extracto tebáico á la ipecacuana en píldoras que administra de hora en hora y que contienen 5 centígramos de este último medicamento. Empleo también la ipecacuana, á dosis fraccionadas, en las consecuencias de las hemoptisis, pero procuro obtener sólo los efectos deprimentes del medicamento, evitando en lo posible las náuseas y los vómitos. No niego la existencia de los efectos deprimentes cardiovasculares que preceden, acompañan y siguen al vómito de origen reflejo ó central; pero no creo que se obtenga ventaja alguna con estas acciones algo brutales en enfermos que expectoran sangre. Aunque Trousseau, Peter, Dujardin-Beaumetz, Hayem, etc., no temen las sacudidas del vómito, creo, con G. Sée y Lemoine, que deben evitarse, tanto más cuanto que existen otros medios eficaces y menos molestos para los enfermos. Cuando se emplea la ipecacuana, medicamento de gran valor, debe procurarse obtener el efecto hipotensivo de las dosis fraccionadas y no producir el vómito.

Auxiliares especiales. — En este grupo deben incluirse los revulsivos, los agentes físicos y los calmantes que por algunas de sus acciones confinan más ó menos con los modificadores de la circulación.

Los revulsivos por irritación de la piel ó de la mucosa del aparato digestivo se emplean con frecuencia para favorecer la descongestión pulmonar. ¿Pero qué diremos que todos no conozcan respecto á la suficiencia hipotensiva de las irritaciones cutáneas y del empleo de los sinapismos y ventosas?

Cuanto á los agentes físicos, frío y calor, hielo y agua caliente, hay que distinguir entre ciertos estados reflejos que su aplicación local puede provocar á distancia sobre la circulación pulmonar y las acciones directas de contacto que se les atribuye. Estas últimas me parecen completamente ilusorias cuando no son nocivas, por cuyo motivo no creo en los efectos benéficos de la ingestión de hielo, de las bebidas heladas y del saco de hielo

aplicado al tórax. Sabourin rechaza el uso del hielo, al que acusa de producir congestiones peligrosas. Eklund condena también la ingestión de bebidas frías ó de fragmentos de hielo. Aunque la hemoptisis se contiene, al parecer, con estos medios, es, dice, á pesar del tratamiento, porque el frío, al contraer los vasos del aparato digestivo, debe aumentar el aflujo de sangre al pulmón. La única ventaja de la aplicación de la vejiga con hielo sobre el tórax es la de calmar la excitabilidad del corazón. Cuanto á los efectos lejanos que se procuran obtener sobre la circulación pulmonar aplicando el hielo al escroto, á los grandes labios, al periné ó poniendo enemas helados son, al parecer, en ciertos casos, de alguna utilidad. Sin embargo, cuando se intenta obtener una acción lejana deben emplearse los agentes físicos, y, según el profesor Tripier, se tienen más probabilidades de éxito empleando los enemas de agua muy caliente.

Los medicamentos calmantes, en particular los opiáceos y la morfina, representan auxiliares utilísimos en el tratamiento de las hemoptisis; no sólo obran de un modo eficaz sobre el sistema nervioso de los enfermos, á los que procuran una tranquilidad y una quietud de gran utilidad, sino que al deprimir la tensión vascular y moderar el curso de la sangre, completan la acción de los mejores hemostáticos. Algunos autores creen que los calmantes, y en particular el opio, son suficientes muchas veces en las hemoptisis apiréticas de abundancia moderada. Grancher y Hutinel consideran las inyecciones de morfina como muy recomendables y eficacísimas. Hugueni, de Zurich (1898), recomienda hacer tres inyecciones hipodérmicas de morfina de á 5 milígramos cada una, para moderar la excitabilidad pulmonar y el reflejo laríngeo.

Fundándome en las numerosas investigaciones farmacodinámicas que he hecho con la morfina, me inclino á asignarla un sitio importantísimo en el tratamiento de las hemoptisis, tanto más cuanto que los hechos clínicos que he reunido después han confirmado el valor de esta práctica. La inyección de morfina á dosis normales produce siempre un descenso de la presión vascular, al principio muy acentuado, después moderado, pero siempre notable en plena acción. A la vez que desciende la presión, disminuye en general la rapidez de la corriente sanguínea, á causa, sin duda alguna, de la relajación y de la inercia de los vasillos, lo que produce una estancación sanguínea periférica. Esta estancación sanguínea es tan evidente que pueden hacerse ciertas incisiones y hasta operaciones con poca ó ninguna hemorragia. En mis ensayos hemodromográficos he observado aumentos de la rapidez sistólica, dependientes de las modificaciones cardíacas, y que demuestran por los aumentos de presión la dificultad que encuentra la sangre para circular libremente por los vasos y capilares periféricos. Estoy convencido de que la causa de la disminución de rapidez de la sangre durante la acción de la morfina radica principalmente en la periferia y es debida á la inercia de los vasomotores que origina la lentitud de la circulación capilar. Considero estas manifestaciones circulatorias como favorabilísimas para la contención del derrame de sangre durante una hemoptisis.

La morfina, por sus efectos sobre la circulación, por la tranquilidad que procura al enfermo y por su acción moderadora sobre los movimientos res-

piratorios y sobre la tos, es un auxiliar utilísimo de la medicación antihemorrágica en las hemoptisis. La empleo con frecuencia en el Sanatorio de Bligny y jamás he tenido que arrepentirme de ello, porque haciendo las inyecciones metódicamente y á dosis fraccionadas no es de temer, más que con otro método, la retención y acumulación de sangre en los bronquillos y la infección ulterior de las zonas pulmonares aún sanas.

El Dr. L. Rénon: El trabajo de Guinard prueba la utilidad de revisar la terapéutica de la tuberculosis. El tratamiento de esta enfermedad se halla atestado de medicamentos cuya utilidad es muy dudosa y algunos hasta peligrosos. Creo necesaria la medicación de la tuberculosis, pero de una medicación cuerda y prudente que, además de su acción verdadera indiscutible, ejerza otra psíquica considerable sobre el enfermo. Es preciso tratar las hemoptisis que producen un efecto moral funesto sobre los tuberculosos. Creo, como Guinard, en este caso, en el valor de los medicamentos. Después de haber empleado la ergotina, los astringentes, el cloruro de calcio, la adrenalina, prefiero desde hace tres años los hipotensores. Empleo la trinitrina, el nitrato de sosa y el de amilo, hallándome completamente de acuerdo con Guinard sobre sus efectos. He utilizado también como hipotensores la ipecacuana á dosis variables para provocar náuseas y vómitos, la estipticina y el muérdago. Prescribiendo cada día dos á cinco píldoras de á 5 centígramos de extracto acuoso de muérdago; inyectando 20 centígramos de este extracto, disueltos en 1 cent. cúb. de suero fisiológiso, inyección bastante dolorosa, he visto disminuir de un modo notable la presión arterial y contenerse las hemoptisis. Con el suero gelatinizado sólo he obtenido hipertermias típicas y le considero peligroso en la tuberculosis, además de la posibilidad del tétanos. Hoy desecho la adrenalina, después de haberla recomendado hace algunos años contra las hemoptisis. Sólo empleo esta substancia á la dosis de dos gotas diarias durante algunos días como medicación opoterápica destinada á paliar la insuficiencia suprarrenal que existe en todos los tuberculosos pulmonares.

El Dr. F. Besançon: Al tratar las hemoptisis es preciso tener presente, en ciertos casos, su modo patógeno. Sabourin, por ejemplo, ha observado hemoptisis debidas á la sobrealimentación en los artríticos. Otras dependen, al parecer, de la función hepática defectuosa, como lo son á veces las epistaxis. He observado en varias ocasiones esputos de sangre debidos, según parecía, á una infección neumocócica superpuesta á la tuberculosis. En todos estos casos la noción patógena entraña directamente indicaciones terapéuticas especiales. Respecto al tratamiento de la hemorragia pulmonar considerada en sí misma, creo que el cloruro de calcio y el suero gelatinizado son completamente inútiles y que la ergotina es inútil é irracional. Las medicaciones activas obran por vasodilatación general ó produciendo reflejos enérgicos capaces de influir sobre la circulación pulmonar, ó finalmente, calmando la tos. Como vasodilatador recomiendo la trinitrina, cuya acción sobre el corazón suele ser notable y que calma muy bien las palpitaciones provocadas por la menstruación en las mujeres nerviosas. Para despertar los reflejos enérgicos se podrá aplicar sobre la región precordial una vejiga llena de hielo; es un buen medio para moderar los movimientos del corazón en ciertas enfermedades cardíacas é infecciosas. Fi-

nalmente, el mejor medicamento para calmar la tos es la morfina, y creo que debe emplearse mucho en las hemoptisis.

El Sr. Vallée: Los animales, en particular los bóvidos, rara vez padecen hemoptisis. Quizá esta rareza notable de las hemoptisis sea debida á que los rumiantes ingieren siempre los diversos productos expulsados de su árbol bronquial. En muchas autopsias he encontrado cicatrices de úlceras bronquiales, úlceras extensas y lesiones cavernosas tan importantes que me parecía imposible que no hubiera habido hemorragias; pero en vida nada anormal se observó.

El Dr. G. Kuss: No creo que la medicación opiácea sea favorable en las hemoptisis. Sabemos, en efecto, que el opio dificulta la expectoración, y muchos médicos temen provocar por el opio ó la morfina la retención bronquial de las secreciones mucopurulentas y de la sangre. Esta retención tiene inconvenientes múltiples: dificulta la respiración, pero sobre todo mantiene la hemoptisis; favorece el desarrollo de los microbios y expone á la difusión de la infección bacilar. No es raro, auscultando con precaución á un enfermo para no hacerle toser, oir, después de una hemoptisis, estertores gruesos pseudocavernosos que revelan el atascamiento de las vías respiratorias al nivel del foco hemorrágico. Cuando las vías respiratorias no se vacían bien, sobrevienen con facilidad fenómenos de putrefacción y la hemoptisis se complica con infección febril secundaria. Además, la sangre de la hemoptisis, bacilífera muchas veces ó mezclada con detritus caseosos, expone, cuando no es expulsada, á diseminar la tuberculosis en los territorios alveolares aún indemnes, por un proceso patógeno análogo al de las tuberculosis experimentales de inhalación. Es necesario proscribir sistemáticamente todo lo que sea susceptible de favorecer la retención de los líquidos bronquiales y no emplear el opio más que cuando sea de absoluta necesidad á causa de la tos pertinaz, eventualidad rarísima en los enfermos bien cuidados. La mayor parte de las veces, cuando son sometidos los enfermos al reposo absoluto en una habitación bien ventilada, cuando se les coloca en buena posición y se tranquilizan por la presencia constante de una persona experimentada que les evita todo esfuerzo, bastan los medios anodinos para calmar la agitación y la tos inútil; cuanto á las pequeñas sacudidas de tos que expulsan las mucosidades sanguinolentas y los esputos hemoptóicos, no deben suprimirse porque son necesarias, si bien es preciso procurar hacerlas inofensivas, es decir, no traumáticas.

El empleo de los vasodilatadores en las hemoptisis parece racional, porque es de suponer que el descenso de la tensión arterial en la circulación mayor será seguido del descenso de la tensión sanguínea en la circulación pulmonar. Sin embargo, no debe olvidarse que la vasodilatación obtenida con el nitrito de amilo es muy efímera, lo que hace dudar de su eficacia. Por otra parte, es preciso saber si los efectos observados con el nitrito de amilo son superiores á los que se obtienen por el procedimiento clásico de la ligadura de los miembros, medio sencillo, eficaz, que puede emplearse con la frecuencia necesaria y al que debe recurrirse en todas las hemoptisis activas, sea la que fuese su causa y su forma.

Muchas hemoptisis se contienen con rapidez, sobre todo si el enfermo es sustraído á todas las influencias nocivas externas, y si se consigue calmar

la agitación nerviosa y la excitación cardíaca. Se observan con frecuencia hemoptisis que se eternizan, ó hemorragias pulmonares que por su abundancia y repetición se hacen alarmantes, ó bien hemoptisis que se complican á los dos ó tres días con signos de putrefacción de la sangre no expectorada. En todos estos casos conviene recurrir á la medicación emética, tan perfectamente indicada por Trousseau: dos gramos de ipecacuana en tres paquetes, que se administran de diez en diez minutos, bastan para provocar vómitos y producen con frecuencia efectos sorprendentes. Esta indicación es á la vez brutal y eficaz, lo mismo que en las hematurias vesicales la extracción mecánica de los coágulos por aspiración. Aunque *à priori* parece extraña, rara vez deja de producir efecto, como dice Trousseau, y cuando fracasa debe temerse que la hemoptisis sea debida á una lesión tuberculosa irremediable, contra la que es ineficaz toda terapéutica.

El Dr. Rits: Creo que la aplicación de hielo sobre el tórax es un medio detestable de combatir las hemoptisis, pero esto no quiere decir que carezca de acción. Puede ser perjudicial al aumentar los fenómenos congestivos pulmonares, y por consiguiente, al favorecer la hemorragia, según he tenido ocasión de observar en uno de esos enfermos inteligentes que á veces tanto nos enseñan. Tuberculoso antiguo, tenía con frecuencia hemoptisis poco abundantes, pero rebeldes, y que en ciertos casos se prolongaban durante varias semanas; las aplicaciones de hielo agravaban estas hemorragias; en cambio se conseguía muchas veces contenerlas aplicando el hielo sobre el escroto ó introduciendo algunos trozos en el recto. Este último medio, muy molesto, es el más eficaz. Lo he empleado después en otros casos de hemoptisis y muchas veces con resultados verdaderos. Respecto al nitrito de amilo no lo he empleado en las hemoptisis, pero acostumbro á usarlo, esfigmomanómetro en mano, en la exploración clínica de los enfermos con hipertensión. He observado, como todos los que manejan este medicamento, que su acción hipotensiva enérgica es muy fugaz. La tensión arterial recobra su cifra primitiva, y hasta se eleva al minuto ó dos. No me explico en estas condiciones el efecto favorable del nitrito de amilo sobre las hemoptisis de los tuberculosos.

El Dr. Faisans: Se deduce, del informe de Guinard, que no conocemos en la actualidad medio terapéutico verdaderamente eficaz contra las hemoptisis, lo que no me sorprende, porque desde hace mucho tiempo creo lo mismo. Tiene alguna confianza en los vasodilatadores, pero no me parece probable que esta medicación sea más capaz que otras de contener las hemoptisis que no se contienen espontáneamente. He empleado varias veces, sin éxito notable, el nitrito de amilo. En resumen, no existe tratamiento de la hemoptisis, excepto los medios higiénicos, que consisten en evitar las influencias nocivas. Los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de las hemoptisis se explican por la gran variabilidad de éstas, pues unas se contienen al poco tiempo y otras duran semanas y cesan sin que se sepa por qué y sin que haya relación alguna entre su supresión y el tratamiento empleado. Conviene, además, saber que la hemoptosis es un proceso especialísimo que existe sólo en los tuberculosos, y que depende, por consiguiente, de estados anatómicos, contra los que nada podemos ha-

cer. En individuos no tuberculosos suelen observarse congestiones activísimas y muy extensas que no originan hemoptisis. Esto no quiere decir que en los casos de hemoptisis me abstengo de toda medicación; al contrario. Es necesario, en efecto, que el enfermo, muy alarmado siempre por la hemoptisis, esté persuadido de que se le prescribe un medicamento que contendrá la hemorragia. Para esta terapéutica pseudoactiva, puramente psíquica, elijo medicamentos anodinos, inofensivos, hamamelis, etc., que llenan una indicación sintomática accesoria.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 22 de Julio de 1908.

Sustitución de seis centímetros de ureter por un trozo de vena safena. — El Dr. *Melchior* refiere haber practicado la operación referida en perros y presenta las preparaciones respectivas, en las que se ve que el trozo de vena se unió bien con el de ureter.

Lupus eritematoso. — El Dr. *Holländer* presenta á una mujer de treinta años, la cual padecía de un lupus eritematoso. Por espacio de cinco meses estuvo sometida á la administración de la quinina al interior, asociada con la aplicación exterior de la tintura de yodo. La paciente ingería diariamente de 2 á 3 gramos de quinina en períodos de diez días, de tal suerte, que tomó en totalidad 120 gramos. La enferma se curó.

La quinina se puede emplear también con fines diagnósticos en los casos de lupus. En efecto, las placas ó zonas de diagnóstico dudoso toman un color rojo muy subido con la ingestión de la quinina cuando son de naturaleza luposa, y no cambian de color en el caso contrario.

Administración del jugo tiroideo y de la adrenalina. — El Dr. *Kraus* diserta acerca de la acción producida por el jugo tiroideo, obtenido mediante expresión y por la adrenalina, bien separadamente ó administradas ambas substancias simultáneamente. Dicha acción se ha estudiado: 1.° en el corazón del conejo; 2.°, sobre el metabolismo nutritivo del perro, y también se ha investigado las relaciones de ambas substancias respecto al mal de Basedow.

La inyección intravenosa de jugo tiroideo, obtenido mediante expresión, determina un descenso de la presión sanguínea con conservación de la excitabilidad del vago; en cambio la adrenalina provoca un aumento de presión, primero con retardo del pulso y después con aceleración; en lo más culminante de dichos fenómenos, el vago no es excitable por la electricidad. Esta acción de la adrenalina en sumamente fugaz.

Si se inyectan ambas substancias simultáneamente ó bien si se le hace ingerir primeramente al animal el jugo exprimido del cuerpo tiroides y se le inyecta después adrenalina, los fenómenos evolucionan con más lentitud y presentan ciertas diferencias, por cuanto el vago conserva su irritabilidad. Según esto, los principios tiroideos obran sobre el vago y la adrenalina

sobre el simpático; en cambio, las dos substancias asociadas refuerzan la acción del corazón. La sustitución del jugo exprimido del tiroides por extracto muscular ó por diyodotirosina es inactiva.

Administrando á un perro extracto tiroides y adrenalina, el animal se demacra lo mismo que cuando se le ceba con glándula tiroides exclusivamente. Mientras que la sangre periférica no ejerce ninguna acción sobre la pupila del globo ocular, enucleado de la rana, á diferencia de lo que sucede con la sangre de la vena cava inferior, que determina midriasis por su riqueza en adrenalina, en cambio también se presenta midriasis cuando se inyecta substancia tiroidea. En este caso se puede demostrar también químicamente la existencia de la adrenalina. Igualmente se puede demostrar en la sangre humana después de la administración de la glándula tiroides por vía digestiva.

El autor ha examinado, además, la sangre de doce enfermos de mal de Basedow y en todos ellos comprobó la existencia de la adrenalina, incluso en un enfermo que había sido operado por Kocher. Este enfermo se sentía bien, había aumentado de peso, y ya no tenía diarrea, pero conservaba frecuencia de pulso.

El autor no se atreve á deducir ninguna conclusión terminante de todos estos hechos, pero cree, esto no obstante, que siguiendo este camino se puede ilustrar mucho la patogenia del mal de Basedow.

Tratamiento quirúrgico de la gangrena pulmonar. — El Dr. *Adler* presenta á un enfermo de cuarenta y nueve años, que ingresó el 11 de mayo de este año en el hospital con síntomas de gangrena pulmonar. Catorce antes había caído enfermo de pronto con fiebre, pero á los seis había vuelto al trabajo, no obstante sentirse muy mal. Poco después se presentó una expectoración copiosa y muy fétida, que fué el motivo del ingreso en el hospital. Su estado hacía muy mala impresión; había fiebre hasta de 39°, punzadas violentas en el costado izquierdo y tos que expulsaba grandes cantidades de un esputo sumamente pútrido y que contenía, según el examen microscópico, trocitos de tejido pulmonar, taponcitos de cristales de ácidos grasos, glóbulos de pus y de la sangre, pero nada de fibras elásticas. En la parte posterior é izquierda del pecho había una zona maciza que alcanzaba desde la costilla 5.ª á la 8.ª En la misma zona se oían soplo bronquial y alguno que otro estertor húmedo. Pero también se oían estertores en la zona del lóbulo superior izquierdo y en el pulmón derecho. Una punción exploradora practicada en la zona maciza dió salida á epitelios alveolares desechos y á granitos de grasa, pero no á pus. En cambio, con los rayos Röntgen, se descubrió una zona obscura, cuyos límites casi coincidían con los de la zona maciza.

Como el enfermo continuaba febril y no disminuían ni la cantidad de los esputos, ni la calidad pútrida de éstos, y además empezaban á presentar bastante sangre, el Dr. Böuniger ordenó el traslado del paciente á la enfermería del orador, en la que fué operado el 27 de mayo último.

Resecadas las costillas izquierdas 6.ª y 7.ª en su parte posterior y en una extensión de 7 centímetros, pronto se vió que en esta zona se habían adherido las dos hojas pleurítica y que el pulmón no presentaba ninguna dislocación respiratoria. Una vez incindida la pleura salieron, por de pronto,

algunas gotas de un líquido purulento; la superficie del pulmón aparecía con un color jaspeado, en que alternaban los tintes moreno, obscuro y verdoso, dando al tacto una consistencia hepática. La punción exploradora dió resultado negativo. Después de incindido el pulmón en una extensión de 4 centímetros con el cuchillo de Paquelin, se llegó en una profundidad de 4 centímetros á una cavidad producida por destrucción y de las dismensiones de una manzana pequeña. De esta cavidad salían colgajitos mal olientes de tejido pulmonar y sangre. En los primeros días se taponó esta cavidad con tiras de gasa yodofórmica impregnada de bálsamo del Perú. Ya al día siguiente de la operación salieron de la cavidad dos grandes secuestros de tejido pulmonar necrosado, al cambiar el vendaje.

La convalecencia fué bastante rápida. La cantidad de los esputos se fué reduciendo y su carácter se fué convirtiendo en mucoso; á los catorce días habían desaparecido y lo mismo la fiebre. Hoy no queda de la herida más que una estría pequeña y superficial de tejido de granulación que ya no segrega. El enfermo se ha repuesto muchísimo, su estado general es excelente y ha ganado 12 libras de peso en muy poco tiempo. Aunque todavía se aprecian disminución en la sonoridad y en el murmullo vesicular y una ligera sombra difusa con los rayos Röntgen, en la zona operada es lo cierto que el sujeto no siente la menor molestia.

Sabido es que nuestros métodos físicos de exploración suelen fracasar á menudo en lo que se refiere á la localización de los focos gangrenosos del pulmón y otro tanto puede decirse de los rayos Röntgen. Pero cuando la asociación de *ambos métodos* da resultados tan acordes como en el caso actual, el diagnóstico alcanza un alto grado de seguridad y con ello disminuyen también muchísimo los peligros de la operación. El foco primitivo se encontró en el sitio en que se sospechaba por el resultado del examen físico y del practicado con los rayos Röntgen; no fué abierta la cavidad pleurítica, porque afortunadamente se habían adherido las dos hojas de la pleura. De no haber sucedido esto último, se hubiese procedido á la circunsutura de la pleura ó á operar en dos tiempos para evitar el peligro del pneumotórax.

Este caso enseña también que la apertura del foco gangrenoso primitivo puede curar por completo al paciente, aunque el proceso inflamatorio pútrido ya hubiese empézado á invadir el otro pulmón.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la estrechez cicatrizal del ano.—El Dr. Pollak ha empleado con éxito completo en un caso de estrechez infranqueable del ano las inyecciones de tiosinamina. A la quinta inyección pudo introducirse por el orificio anal un cateter y después de la octava un tubo de caucho grueso, consiguiéndose en un mes que el ano recobrara su diámetro fisiológico. En

los casos de este género, recomienda hacer diariamente ó cada dos días una inyección de 1 cent. cúb. de la siguiente preparación:

Tiosinamina.....	aa 5 gramos.
Agua destilada.....	
Glicerina.....	

Estas inyecciones son bien toleradas y no producen dolor alguno.

(*Munch. med. Wochenschrift*). — F. Toledo.

La pielitis en la mujer; sus relaciones con la menstruación. — La pielitis, mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, se caracteriza por su comienzo súbito, con fiebre, accesos de dolor, más frecuentes en el lado derecho que en el izquierdo, y presencia de pus y bacterias en la orina. Después de unos cinco á seis días de fiebre continua con una curva parecida á la de la pneumonía, sobreviene la defervescencia por crisis ó por lisis. A una serie de pocos días sin fiebre sigue, por lo regular, una ó más veces un ataque igual, pero más leve, y á menudo en el otro lado.

La enfermedad, que debe ser considerada generalmente como una afección ascendente á partir del ano, es ocasionada lo más á menudo por el bacterium coli commune. La curación ocurre casi siempre después de dos ó tres accesos, siendo muy raro que pase á la forma crónica.

Es de mucho interés la aparición premenstrual de accesos de pielitis tres días antes de la menstruación. El acceso doloroso característico no va ligado como tal á la hemorragia menstrual, sino que puede corresponder también á la época de la ovulación. Ya cuando se inicia el primer acceso existe á veces una afección latente de la otra pelvis renal (demostrada por medio del cateterismo uretérico).

Tratamiento: reposo en el lecho, uso abundante de una infusión ligeramente diurética, termocompresión, dieta suave y si es preciso empleo de los narcóticos. De ningún modo conviene el uso muy prolongado de la urotropina, el salol y demás medios análogos.

Según el Dr. E. Scheidemantel, autor del artículo á que se refiere esta nota, la pielitis es una enfermedad mucho más frecuente de lo que se cree, y merece que los prácticos le presten mayor atención de lo que se ha venido haciendo hasta ahora.—(*Deutsche Med. Wochenschr.*).—R. del Valle.

Nota. En el número del 21 de agosto, pág. 288, en un extracto de la *Sociedad Lancisiana*, de Roma, dijimos que el Dr. Osti había empleado la *tiosinamina* en dos casos de neumonía fibrinosa sin tendencia á la resolución. En realidad, el medicamento empleado fué la *fibrolisina*, que tiene sobre la tiosinamina la ventaja de ser soluble en agua en la proporción de 15 por 100.

ÍNDICE DEL TOMO LXXX

Acondroplasias (Radiografías de)..... 201
Actas de la 4.ª Asamblea de la Sociedad oftalmológica hispano-americana..... 298
Actinomicosis (Empleo del sulfato de cobre contra la).... 25
Afasia subcortical (Concepto de la)..... 70
Agudeza visual ocasionada por el embarazo (Disminución de la)..... 125
Albuminuria abundante transitoria..... 202
— ortótica..... 43
Alcohol (Ambliopía tóxica producida por el)..... 343
— en el punto de salida del nervio facial (Blefarospasmo é inyecciones de)..... 80
Alienados (Inconvenientes y peligros de las operaciones simuladas en los)..... 282
Ambliopía consecutiva al embarazo..... 166
— tóxica producida por el alcohol y el tabaco... 343
Amputación del pene..... 84
Anastomosis del nervio hipogloso con el facial... 87
— tendinosa (Un caso de). 309
Anemias en la infancia (Las). 462
Anestesia general..... 473
— — de la cloroformización y de sus accidentes y modo de evitarlo (Estudio de la)..... 76
— — por la raquiestovainización (De la). 39
Anestésicos locales (Los nuevos)..... 396
Aneurisma de la aorta abdominal..... 204
Aneurismas de las arterias cerebrales de grueso calibre.. 60
Anginas (Un nuevo tratamiento de las)..... 20
Angioma del pulmón..... 440
Antagonismo de los nervios simpáticos y autónomos en la secreción interna..... 126
Antipiréticos (Modo de acción de algunos)..... 127
Aorta abdominal (Aneurisma de la)..... 204
Apendicectomía (Técnica de la)..... 208
Apendicitis aguda en un saco herniario en un niño de veintiocho días... 243
— (Intervención quirúrgica en la)..... 185, 228
— simulando una afección de la cadera ó una neuralgia ciática..... 88
— traumática..... 472
Arilarsonatos (Tratamiento de la sífilis por los) 368
Arrenal contra las úlceras de la córnea (El)..... 121
Arterioesclerosis (Algunas consideraciones sobre la naturaleza y las causas de la)..... 397
— Su patogenia y tratamiento..... 277
Artritis purulenta de la rodilla..... 207
Asfixia por sumersión (La crioscopia en la)..... 137
Atoxil (Tratamiento de la malaria por el)..... 18
Atrofia infantil (Patogenia de la)..... 430
Atrofias ópticas de origen meníngeo..... 202
Autoplastia del periostio..... 406
Azufre coloide (El)..... 21

Bacilo de la tuberculosis (Distrofia articular debida al)..... 80
— de Koch (Abscesos calientes producidos por el)..... 428
Balazo en el cerebro..... 366
Bicarbonato de sosa en las gastropatías (Valor terapéutico del).. 123
— — sobre la secreción gástrica (Acción del)..... 81
Bioscopia médica del tubo digestivo..... 150
Blefarospasmo é inyecciones de alcohol en el punto de salida del nervio facial.. 80
Buftalmia familiar..... 468
Bulimia durante los embarazos (Un caso de)..... 236
Cacodilato de sosa contra las úlceras de la córnea (El) 124
Calambre de los escritores (Fórmula para el tratamiento del)..... 447
Cáncer del pene.... 87
— del estómago..... 431
— primitivo del epiplón... 400
— uterino..... 445
Carcinoma (Inyección de sangre placentaria en el) 406
— (Tratamiento antifermentativo del)..... 405
Casilleros ó cuadernos sanitarios de París..... 264
Catarata (Dos cuestiones relacionadas con la operación de la)..... 154
Cerebelo (Tumor del)..... 350
Cerebro de los criminales (El) 329, 369, 409, 449
Cirugía conservadora de los anejos uterinos (Estado actual de la) 310
Chapoteo como signo de estrechez crónica del intestino (Del)..... 362
Congreso español de cirugía. 72, 154, 273, 309
Cloroformizaciones (A propósito del peligro de vida en las) 141
Cloróticas (Volumen del corazón en las)... 122
Consciencia é inconsciéncia... 28
Contusión del cráneo, confusión mental, histeroneurastenia..... 140
Corazón (Cuerpo extraño enclavado en el)..... 75
Corazón en las cloróticas (Volumen del)..... 122
— (Movimientos y contracciones del)..... 324
Corioepitelioma (Significación actual del)..... 248
Coxa vara congénita..... 325
Cráneo (Un caso de fractura del)..... 149
Craurosis vulvar (Estudio clínico sobre la)..... 383
Crioscopia en la asfixia por sumersión (La)..... 137
Cristales de Barberio (Sobre el valor médico-legal de los) 139
Crup y la morfina (El)..... 464
Cuerpo extraño enclavado en el corazón..... 75
— — en la vagina..... 43
— — en la vejiga..... 125
Cuerpos extraños del abdomen 162
— — en el esófago y el aparato respiratorio..... 351
— — de las fosas nasales. 470
Decapsulación renal en la eclampsia puerperal. 128
Decorticación renal (La).. 49, 89, 129, 169, 209, 249
Delirium tremens (Síntoma de de Reichart)..... 59
Demencia precoz catatónica.. 27
Derrames pleuríticos recidivantes por las inyecciones gaseosas (Tratamiento de los) 239
Diferencia pronóstica entre la memoria y la facultad de recordar..... 446
Difteria y la sueroterapia (La última epidemia de). 364
Dilatación idiopática del esófago... 283
— rápida y artificial del cuello en el embarazo... 158
Dislocación subcoracoidea humeral..... 409
Distocia por retracción del anillo de Bandl..... 313
Distrofia articular debida al bacilo de la tuberculosis... 89
Eclampsia puerperal (Decapsulación renal en la). 328
— puerperal (Tratamiento de la)..... 114, 230, 304
Ectopia testicular doble..... 189
Eczemas caniculares de los niños (Tratamiento de los)... 314
Elevador del ano y los procesos genitales (El)..... 180

Embolia de la arteria pulmonar (Tratamiento quirúrgico de la)..... 167
Enfermedades transmisibles y las escuelas en Francia (Las) 258
Enteritis crónica (Los nísperos como remedio de la)..... 23
Enuresis nocturna con extracto suprarrenal (Tratamiento de la)..... 48
— — y diurna curada por la circuncisión... 120
Epifisiolisis en el tratamiento del genu-valgum de los adolescentes (La)..... 157
Epilepsia (Las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la)..... 61
Erisipela (Tres signos diagnósticos de la)..... 328
Escaras múltiples y recidivantes de los dos brazos y de un pié. (Patomimia)..... 317
Esclerosis lateral amiotrófica y la atrofia muscular progresiva (Paralelo entre la)..... 62
Esófago (Dilatación idiopática del)..... 283
Esofagoscopia (Valor práctico de la)..... 73
Espermatozoos que no intervienen en la fecundación (Destino de los)..... 245
Espirilo de Schaudinn (En contra de la existencia del). 264
Espirocetos, patógenos..... 261
Esporotricosis experimentales generalizadas..... 104
Estenosis esofágica infranqueable..... 112
Estrechez pilórica y reumatismo de origen tuberculoso (De la)..... 406
— cicatrizal del ano (Tratamiento de la)..... 487
Estrecheces del esófago..... 398
— pilóricas de origen tuberculoso (De las)... 362
Eterismo (Sobre el)..... 142
Extirpación total de la laringe (Algunas modificaciones en la técnica de la)..... 73
Extracto seco tiroideo en los niños (Dosis del)..... 466
Fagedenismo sobre sifílides (Un caso de)..... 387
Fibromiomas uterinos..... 274
Fiebre amarilla (La lucha contra la)..... 102
Fiebre estival ó fiebre del cáñamo (La)..... 97
— tifoidea (De las perforaciones intestinales en el curso de la)..... 161
Fimosis (Operación del)..... 244
Fístula útero-intestinal..... 398
Fisuras del paladar (Tratamiento quirúrgico de las).. 283
Flora fáringea..... 428
Fosfato de creosota (Peligros de las inyecciones de). 266, 352
Fractura del cráneo (Un caso de)..... 149
Fracturas del olécranon (Tratamiento de las)..... 321
Fulguración como medio terapéutico (La)..... 246
Gangrena tífica de las extremidades inferiores (Un caso de)..... 296
— pulmonar (Tratamiento quirúrgico de la).... 488
Gastroscopia en la gastroenterostomía)..... 156
Gastroenterostomía (Gastroscopia en la)..... 156
Gastrectomía por cáncer..... 113
Genu-valgum de los adolescentes (La epifisiolisis en el tratamiento del)..... 157
Glándulas sexuales del hombre y su nueva fisiología (Las).. 5
Glaucoma (Causas del)..... 444
Gota (Profilaxia y tratamiento de las modalidades contemporáneas de la)..... 198
Helmintiasis infantil..... 464
Hematomielia anterior (Un caso de)..... 270
Hematorraquis (Un caso de). 151
Hemiparesia consecutiva á la ligadura de la carótida..... 442
Hemoptisis de los tuberculosos (Tratamiento de la)..... 474
Herida punzante del espinazo y de la médula espinal... 43
Hernia apendicular..... 400
— inguinal (Cura radical de la)..... 408
— — del útero..... 442
Hernias (Ventajas de la sutura metálica perdida en la cura radical de la)..... 109
Hidrocéfalo (Tratamiento del) 365
Hidronefrosis operada..... 164
Histéricos (El lenguaje musical y sus trastornos en los). 57
Histerismo (La sugestión en el)..... 394

Histeropexia ístmica (La).... 179
Huellas de las impresiones... 138
Húmero sin artrodesis (Fijación del)..... 156
Ileo duodenal..... 285
— Ileo (Tratamiento del). 284
Ilíaca externa (Sutura de la arteria)..... 155
Inmunización (Nuevos métodos de)..... 260
Insectos como transmisores de enfermedades (Los)..... 204
Intestino (Técnica é instrumental para las operaciones asépticas en el)..... 244
Intubación de la laringe en el niño y en el adulto..... 226
Inyecciones gaseosas (Tratamiento de los derrames pleuríticos recidivantes por las). 239
Jugo tiroideo y de la adrenalina (Administración del).... 485
Laberintitis (Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de las)..... 273
Laparotomía extraperitoneal. 445
— suprasinfisaria..... 84, 404
Laparotomizadas (De la inmolización menos duradera en cama de las)..... 162
Laringe (Algunas modificaciones en la técnica de la extirpación total de la)..... 73
Laringotomía por estrechez de la laringe..... 321
Laringostomía (De la)..... 222
— (Dos casos clínicos de). 225
Lenguaje después de la amputación de la lengua (Conservación relativa del)..... 463
— musical y sus trastornos en los histéricos (El). 57
Leucémico y de su terapéutica (De la naturaleza del proceso)..... 205
Leucoplasias bucales llamadas «placas de los fumadores» (Valor semeiológico de las). 358
Lingosin-sodio (Acción antiblenorrágica del)..... 26
Lipoma arborescente de la rodilla..... 86
Litiasis biliar (Tratamiento de la)..... 447
— vesical..... 353
Luxación antigua del codo... 441
— del codo hacia atrás (Nuevo procedimiento de reducción del).. 368
Malaria equina (Piroplasmosis) (La)..... 101
— por el atoxil (Tratamiento de la)..... 18
Manchas corneales producidas por el nitrato de plata..... 154
Mano (Un caso de condroma de la)..... 356
Manual práctico de inspección y reconocimiento de las substancias alimenticias..... 104
Marcha á saltos con una sola pierna..... 402
Masaje oleoso en la peritonitis tuberculosa (El)..... 19
Mascarilla ventosa de Kuhn.. 227
Medicamentos (Valor práctico de la introducción eléctrica de los)..... 124
Meningo-encefalitis (Un caso de)..... 225
Menopausia operatoria..... 275
Microsporia del cuero cabelludo..... 323
Midriasis histérica..... 347.
Mogolismo y deformación cardíaca en un heredosifilítico. 163
Mortalidad de la difteria desde el empleo de la seroterapia (Causas principales de la)..... 121
— — infantil (Causas de la)..... 403
— — infantil de 0 á 1 año en Burgos... 226
Mutualidades maternales.... 105
Nariz (La operación de Denker en los humores malignos de la)..... 217
— y de los ojos (Relaciones entre las enfermedades de la)..... 219
Nefrectomía por tuberculosis renal..... 166, 301
Nervios radial y mediano (Un caso de lesión de los)..... 146
Neumonía del feto (La)..... 466
Neumonías fibrinosas sin tendencia á la resolución (La tiosinamina en las)..... 288
Neuritis óptica y las afecciones de los senos (Relaciones entre la)..... 341
Nísperos como remedio de la enteritis crónica (Los)..... 28
Nitrato de plata (Manchas corneales producidas por el)... 154
Oclusión intestinal consecutiva á la extirpación de mio-

mas de volumen excesivo (La) 181
Oftalmología en tiempo de los romanos (La)..... 148
Oftalmorreacción (Peligros de la)..... 345
Ojo (Tubérculo solitario del). 165
Olécranon (Tratamiento de las fracturas del)..... 321
Operación de Denker en los tumores malignos de la nariz (La)..... 217
Opoterapia asociada sobre el síndrome de Basedow (Acción de la)..... 122
Osteitis condensantes (Valor de la incisión amplia del periostio en las)..... 274
Otitis media aguda (Tratamiento de la)..... 122
Ovarios (Quiste de los)..... 398
Paludismo pernicioso (Patogenia del)..... 407
Páncreas (Contusión aislada del)..... 321
— (De las contusiones del). 361
Paniculitis ó celulitis..... 77
Paquidermia laríngea (Dos casos de)..... 272
Párpado (Afección vacunal del)..... 364
Patomimia..... 317
Pegnina en los niños (La).... 461
Pene (Amputación del)..... 84
— (Cáncer del)..... 87
Pénfigo del recién nacido..... 277
Perforaciones intestinales en el curso de la fiebre tifoidea (De las)..... 161, 242
Periostitis sifilíticas precoces. 41
Peritonitis puerperal de naturaleza purulenta.. 267, 352 353
— tuberculosa (El masaje oleoso en la)..... 19
Pestaña en la cámara anterior del ojo..... 196
Phthiriasis (Terapéutica de la) 389
Pié varo congénito (Tratamiento del)..... 309
Pielitis en la mujer (La)..... 488
Píldoras como infectantes (Las)..... 430
Pionefrosis parcial..... 441
Polineuritis aguda (Dos casos de)..... 111
Predisposición y receptibilidad..... 424
Preñez en las conejas (Prolongación experimental de la). 244
Prurito y en otras dermatosis (El radio en el)..... 208
Psicosis de la vejez..... 63
— post-epiléptica..... 149
Psoriasis (Tratamiento de las diferentes formas de)..... 287
Pubiotomía (Resultados prácticos de la)..... 206
Quesos de Holanda (Teñido ó pintado de los)..... 429
Quiluria..... 404
Quiste hidatídico intermusculoso del estómago..... 281
Quistes papilomatosos del ovario (Sobre el origen folicular de los)..... 274
Rabia (Sobre la transmisión hereditaria de la inmunidad contra la) 429
Radio en el prurito y en otras dermatosis (El)..... 208
Radiografía para el diagnóstico de sitio en las intervenciones en el tórax (La)..... 72
Radiografías de acondroplasias 201
Raquiestovainización (De la). 161 199
— (De la anestesia por la). 39
Rayos X (Acción terapéutica de los)..... 327
— — y del radium en rinolaringología (De la importancia de los)..... 221
Reacción carcinomatosa..... 442
Reflejos depresores de la presión sanguínea de origen pleurítico..... 286
Respiración de Cheyne-Stokes. 47
Retrodesviación de la matriz (Tratamiento quirúrgico de la)..... 274
Reumatismo (Bacteriología del)..... 108
— tuberculoso (Del).. .. 440
Revista de Dermatología y Sifiliografía..... 383
— de Ginecología y Obstetricia..... 178
— de Higiene.... 97, 258, 424
— de Medicina legal y toxicología..... 139
— de Neurología y Psiquiatría..... 57
— de Oftalmología..... 243
— de Oto-rino laringología 217
— de Pediatría..... 461
— de Terapéutica y farmacología..... 17
Riñón flotante (Patogenia de los síntomas producidos por

el)..... 327
Rodilla (Artritis purulenta de la)..... 207
— (Lipoma arborescente de la)..... 86
Röntgenoterapia de las perturbaciones menstruales..... 247
Sales de plata en oftalmología (Las)..... 36
Sarampión (La reacción á la tuberculina en el)..... 406
Secreciones internas y medios que las modifican..... 364
Septicemia de neumococos... 42
Sífilis cerebral precoz (Un caso de)..... 152
— (Del agente causal de la) 393
— (Estado actual de la bacteriología de la)..... 392
— por los arilarsonatos (Tratamiento de la).. 368
— (Profilaxia de la)..... 265
— (Sobre la inmunidad de la)..... 264
— (Etiología de la).. 425
— (Mecanismo de la incubación de la).... 424, 430
Sifilíticos (Facultad esteatolítica de los)..... 442
Síndrome de Basedow (Acción de la opoterapia asociada sobre el) 122
— de Weber (Autopsia de un caso de)..... 300
— — por tumor peduncular (Un caso de). 68
— pseudocoxálgicos..... 30
Sinusitis maxilar con anestesia local (Operación radical de la)..... 191
Substancias lipoides del organismo..... 439
Suero antiténico (Inyecciones preventivas de)..... 358
— sanguíneo en los cancerosos (Propiedades especiales del)..... 405
Sugestión motriz en el tratamiento de las impotencias funcionales (Papel de la)... 289
Sulfato de cobre contra la actinomicosis (Empleo del)... 25
Sutura de la arteria ilíaca externa..... 155
— metálica perdida en la cura radical de las hernias (Ventajas de la)..... 109
Tabaco (Ambliopía tóxica producida por el)..... 343
Testículo ectopiado (Torsión intravaginal de un)..... 281
Tetania..... 42
Tétanos del recién nacido..... 204
— humano (Inyecciones preventivas de suero antitóxico en la profilaxis del)..... 240, 317
— (Tratamiento preventivo del)..... 396
Timpanización de la región hepática (Valor sintomático de la)..... 75
Tiosinamina en las neumonías fibrinosas sin tendencia á la resolución (La)..... 288
Tisis septicémica..... 439
Tos ferina (Estado actual de la cuestión de la)..... ... 404
Tracoma (Parasitología del).. 427
Traumatismo y parálisis general..... 141
Traumatismos de la cabeza en los niños jóvenes..... 167
Treponema pálido (Diferentes vías de propagación del)... 436
Tripanosomiasis en las ratas (Tratamiento experimental de la).... 168
Trócar aspirador faríngeo.... 74
Trombosis y embolias consecutivas á las operaciones ginecológicas (Las)..... 178
Tuberculina (Sobre la especificidad de la)..... 106
— y de toxina diftérica respectivamente (Reacciones obtenidas con ungüento de)..... 408
Tubérculo peduncular..... 164
Tuberculoma del pedúnculo cerebral..... 349
Tuberculosis genital de la mujer..... 391
— inflamatoria de forma esclerosa..... 197
— (Las lavanderas y la)... 357
— (Inoculación transcutánea de la)..... 260
— peritoneal y genital de la mujer (Resultados obtenidos en el tratamiento de la)..... 182
— por inhalación..... 259
— renal..... 366
— (Difusión de la)..... 427
— — (Nefrectomía por).. 166
— y la atmósfera (La).... 263
Tumor blanco (Un caso de)... 192
— del cerebelo..... 350

Tumor del pliegue semilunar. 165
— quístico vertebral..... 443
Tumores malignos del atoxilo y del suero de una especie extraña (Influencia en los)..... 405
— desarrollados en cápsulas suprarrenales aberrantes..... 281
— y estenosis pilóricas de origen tuberculoso... 243
Ulceración de la úvula y del pilar..... 201
Ulceras de la córnea (El cacodilato de sosa y el arrenal contra las)... 124
— venéreas por las irrigaciones con agua caliente (Tratamiento de las)..... 247
Ulcerocáncer gástrico (Frecuencia del)..... 80
Utero tabicado y oligo-amnios. 313
Vacunación tuberculosa..... 325
Vejez (Psicosis de la)..... 63
Vejiga (Cuerpo extraño en la)..... 125
Velo (Bifurcación aislada y congénita del)..... 57
Vías biliares (Cuatro casos de cirugía de las)..... 271
Vísceras pelvianas (Medios de sustentación de las)..... 203
Vómitos incoercibles é invaginaciones intestinales..... 43

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Castillo Ruíz (D. Rodolfo del), Ginecólogo del Instituto Rubio. Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Gota (D. Antonio), Doctor en Medicina. Zaragoza.
Goyanes (D. José), Cirujano de número, por oposición, del Hospital General. Madrid.
Irueste (D. José), Doctor en Medicina. Madrid.
Lecha-Marzo (D. Antonio), Interno de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Martín y Miguel (D. Sixto), Médico de Sanidad Militar. Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Monmeneu (D. José), Doctor en Medicina. Madrid.
Pérez Grande (D. Enrique), Doctor en Medicina. Madrid.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Pérez Ortíz (D. Jerónimo), Cirujano del Hospital Militar. Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Serrallach (D. Narciso), Socio correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Torres Alonso (D. Santiago), Médico titular de Villanueva del Campillo. Avila.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Cerebros de criminales. 340, 375, 380, 421, 422, 450, 453, 454, 458, 459, 461

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXXXI

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1908

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ESTUDIO DE FISIOLOGÍA PATOLÓGICA

SÍFILIS Y TUBERCULOSIS

LA HEMOPTISIS COMO BASE DE SEMEJANZA PATOGÉNICA

ENTRE LOS GÉRMENES DE AMBAS ENFERMEDADES

POR EL

DOCTOR D. ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico, por oposición, del Hospital Provincial.

La frecuencia y gravedad de casos de hemoptisis que llevo vistos, las dificultades siempre angustiosas que encuentra el médico ante un vómito de sangre y la simbiosis tan común de sífilis y tuberculosis, ya haciéndose sifilítico el tuberculoso, ya el tuberculoso adquiriendo la sífilis, la posibilidad de una heredosífilis tuberculosa, y además, el caso no muy raro de que el tuberculoso no sea hemoptóico hasta que es sifilítico y, al contrario y sobre todo esto, el concepto de la terapéutica de las hemoptisis cuando son hijas de la asociación sifilíticotuberculosa, y de las que sólo son de origen tuberculoso ó de origen únicamente sifilítico, obedeciendo éstas sólo al tratamiento mercurial, me han animado á publicar este trabajo, como fundamento de algo transcendental en el tratamiento de la hemoptisis, desde el punto de vista de su patogenia.

I

En lucha de treinta años con esta terrible complicación, siempre la he considerado en dos aspectos distintos: como terrible síntoma imperativo para la intervención; como síntoma propio para llamar la atención referente á diagnóstico de excesivas obscuridades. Dejo

á un lado el primer aspecto, como más lejano del objeto de investigación más ó menos personal, y voy á ocuparme del síntoma como elemento de la clínica del presente, que es un vasto laboratorio de trabajo, auxiliado por tantos medios, que asusta pensar cómo hay nadie capaz de creer que la clínica se domina en la vida de un hombre. Pedazos del gran cerebro colectivo, cada cerebro individual sólo puede aportar en nuestros conocimientos una idea, que por su aparente complejidad nos parece un mundo de ideas. En la clínica nadie puede vanagloriarse de haber llegado; estamos en el período de aporte de materiales, y, modesto obrero, sólo traigo en este momento mi esportilla con algo de arena, que contribuya al mortero que ha de unir los grandes sillares del edificio, y en el asunto que voy desenvolviendo, todavía he de limitarme á sólo dos enfermedades de las muchas que provocan el tan temido como empíricamente considerado síntoma de la hemoptisis.

Diezman nuestra sociedad numerosas infecciones, cada día más conocidas merced al laboratorio en su elemento causal bacteriáceo, poco ó nada conocidas todavía en su patogenia derivada del elemento causal vivo, y en la sífilis aún éste está ahora á la orden del día como estudio de investigación, y por tanto, si poco conocido en su vida aparente, menos conocido en su vida real como elemento patogénico. Aún el bacilo de Koch, para muchos indiscutible bacteriácea, nos guarda todavía inexcrutables secretos, como lo demuestran las diversas tuberculinas, tan desemejantes todas, en lo que respecta á su evolución vital y á sus admitidas toxinas, ni aisladas ni conocidas, con tantos detalles como algunos suponen.

Todo esto nos conduce á dividir este trabajo, mejor dicho, estos apuntes, en dos partes, si distintas en apariencia, con gran trabazón en su esencia. La primera á una crítica, modesta como nuestra, de algunos hechos que se dan como indiscutibles en la bacteriología de ambos elementos causales, y la segunda á un estudio comparativo de la génesis de las hemoptisis en ambas enfermedades. En la primera parte nos apoyaremos en hechos de nuestro laboratorio, recuerdos de hechos ajenos y dudas que han nacido y no se han disipado en estos hechos, respecto á la morfología del bacilo ó pretendido bacilo de la tuberculosis, y en los trabajos recientes del microorganismo de la sífilis, que algunos llaman todavía bacilo, si bien y afortunadamente los menos.

Nadie duda de que el llamado bacilo de Koch es seguramente la causa única de la tuberculosis en sus formas crónicas y agudas, y

todos podemos revelarle con el microscopio con mayor ó menor facilidad. Se ha llegado al cultivo con mayor ó menor seguridad; se inocula y se transmite de especie en especie, aun á las más distintas, y casi desde el bacilo de los peces se puede llegar al del hombre; y con seguridad, desgraciadamente, se llega con extrema facilidad desde el de los bovídeos al hombre, y en éste se inocula ya en serie y nos contagiamos, casi en lo que respecta á número, con mayor intensidad que en las epidemias exóticas; pero todavía hay que decirlo con la honradez científica, la más alta y segura: nadie ha llegado á producir vacunas, á inmunizar animales, á producir sueros curativos, apenas nacidos los de mayor seriedad cuando mueren, y aun los del charlatanismo, sin poder alcanzar, por fortuna, vida más próspera.

Todo esto nos ha hecho creer siempre que había en este germen algo no descubierto todavía que le separa, por su fisiología, de las demás bacteriáceas de su grupo y que todavía nos reserva un porvenir, no digo lejano, pues soy de los que creen que un estudio como el de la tuberculosis ni se ha hecho ni se hará en ninguna otra enfermedad tan intensivo, pero sí algo distante en lo que respecta á asuntos de curación ó prevención serológica, con un virus para vacunar ó una materia para curar.

Este secreto está en nuestra modesta opinión, en su morfología especial, en su manera de ser ó en que tranquilos de considerarle como causa y hallándole colocado como bacteria, nos hemos confiado en las investigaciones hechas, no hemos tratado de ir más allá, rehaciendo la historia natural del germen tuberculoso y colocándole en su sitio respectivo en la escala de los seres, tal vez teniendo que llevarle á los protozoarios y muy cerca del germen, por ahora responsable, de la sífilis.

Creemos que este estudio se hará muy pronto si los descubrimientos de cada día respecto al germen de la sífilis nos conducen á un terreno de cultivo todavía no encontrado para él y que pudiera ser el verdadero de éste y del de la tuberculosis y donde están todavía, como en tierra de promisión, cuantas verdades necesitamos para llegar á dominar la suerología de la sífilis y de la tuberculosis.

Pero en tanto llega este momento, creemos que tal vez la fisiología patológica, la anatomía patológica y la clínica de ambas afecciones pueden suministrar trabajos que vayan sirviendo de jalones para que la microbiología del laboratorio, hoy enriquecida con los

estudios de una fauna microscópica, y la histología, lleguen con mayor facilidad á esta tierra de promisión tan deseada.

En la imposibilidad de abarcar todos estos problemas, por muchas razones de índole personal y de tiempo y espacio, hemos creído pertinente analizar, como vía de ensayo, un síntoma común á sífilis y tuberculosis que nos suministre material de comparación fisiológico entre los efectos que producen sobre el aparato vascular los productos de ambos gérmenes, y ver si de esto podemos deducir y aun confirmar algunos hechos no muy decisivos, pero algo indicativos, que tenemos en estudio actualmente en nuestro laboratorio referente á sífilis y tuberculosis, sus analogías y sobre todo sus asociaciones, en el elemento causal de ambas.

II

A partir de Ehremberg, cada día se ha ido restringiendo más el grupo de las bacterias y hoy ya no puede admitirse el confusionismo, disculpable entonces, del año 1833, cuando apareció la obra de este sabio naturalista. Limitadas al reino vegetal, los nuevos descubrimientos van restando de aquel informe grupo muchos gérmenes que pasan al reino animal, y los protozoarios son cada día más numerosos en sus cuatro clases, pero sobre todo las coccidias y las flagelas, como gérmenes patológicos hoy muy en boga por los trabajos referentes al cáncer y la sífilis, los tripanosomas, los tripanoplasmas, los tricomonas y los lamblias.

Llevaríamos muy lejos este trabajo si hubiéramos de diferenciar estos gérmenes de ciertas bacterias ni muy definidas ni muy conformes con las propiedades de ellas desde el punto de vista de su historia natural y su fisiología, así como tampoco de su forma y su estructura, sus dimensiones, su reproducción, condiciones de vida, nutrición, influencia sobre ellas de los agentes químicos, de la temperatura, la luz, la electricidad, la presión, la quietud ó agitación de los medios en que viven, la sequedad, para deducir si el bacilo de la tuberculosis cumple todas estas condiciones que caracterizan á las bacterias ó si casi no cumple ninguna de ellas, siendo un hecho excepcional entre todas y acercándose cada día más al grupo de las flagelas y especie de los espirocetes, y, por tanto, muy próximo al germen de la sífilis, si se confirma por completo que es el treponema el agente responsable de tan terrible enfermedad, cuya asociación con la tuberculosis es cada día más frecuente y cuyo diag-

nóstico diferencial en las localizaciones torácicas es en cada momento más difícil.

Bastaría para confirmar estas dudas considerar que el bacilo de la tuberculosis es una incógnita todavía en su aspecto de técnica de coloración, pues responde á los medios de coloración de una manera completamente exclusiva y casi imposible de emplear con las demás bacteriáceas, como sabemos los que con él llevamos trabajando y luchando tanto tiempo acerca de su polimorfía y demás caracteres especiales que expusimos en una nota provisional á la Real Academia de Medicina hace tres años para que nos creyéramos autorizados á pensar en la necesidad de nuevos trabajos que clasifiquen bien este terrible germen, pero como no es este nuestro objeto hoy, vamos á terminar analizando el síntoma hemoptisis para ver si por el camino de la clínica podemos marcar un derrotero al laboratorio en este difícil y obscuro asunto, pues, resuelto, iremos con paso seguro hacia la suerología de la tuberculosis y tal vez de la sífilis.

III

Dos fases tiene este síntoma en la evolución del proceso crónico de la sífilis y la tuberculosis. La fase precoz y la tardía. Considerando como condición indispensable para la rotura de un vaso de conducción de líquidos una de dos condiciones mecánicas, ó aumento de la potencia central que venza, aun la resistencia de reserva de toda conducción bien calculada, ó disminución de la resistencia de las paredes. En la sífilis y la tuberculosis, enfermedades casi siempre hipotensivas, hay que pensar casi exclusivamente en el segundo mecanismo para explicarse la hemorragia. Si además pensamos que ambas enfermedades son casi exclusivo patrimonio de las edades medias cuando adquiridas, de las primeras edades cuando herederas, llama la atención que en un sistema arterial joven se fragüen con gran facilidad condiciones muy abonadas para todo género de hemorragias, y en órganos de gran resistencia cuando sanos, como el cerebro, la médula y el pulmón.

Cierto es que, en ambas enfermedades, las producciones celulares del tipo del tubérculo y el goma son y pueden ser obstáculos territoriales para producir, en cierto modo, aumentos locales de tensión por inutilización de vías de algún valor para el riego de territorios extensos, y que entonces haya una relativa hipertensión territorial que ponga á los vasos en la primera condición de aumento

de fuerza, que sea capaz de romper las paredes de los vasos en perfecta integridad por la llamada hiperemia ó fluxión colateral, no realizada por vasos nuevos, y entonces rómpense los cauces preexistentes, pero estas hemorragias son poco frecuentes y aun en ellas, tratándose de estas dos enfermedades, rara vez están íntegras las paredes de los vasos, como sabemos los que hemos hecho autopsias en los fallecidos prematuramente por hemoptisis fulminantes del primer período de la tuberculosis ó en sifilíticos.

Hay, pues, que buscar en estados vasculares muy profundos y muy prematuros la razón de estas hemorragias, y desde este punto de vista considerar si el bacilo de Koch y el treponema, dejándolos ahora como están clasificados, si ambos gérmenes llegan en su ataque al vaso á provocar iguales ó parecidos estados anatomopatológicos é histológicos, es decir, si las para, meso y endoarteritis sifilíticas y tuberculosas son semejantes, tanto en su estructura como en su precocidad, y, en una palabra, si la arterioesclerosis y las lesiones arteriales podrán ser producidas por igual grupo de toxinas de origen del germen productor, que conduzcan á iguales lesiones esclerósicas ó inflamatorias, para de ello deducir la proximidad de especie entre ambos gérmenes.

IV

Si pudiéramos hacer este estudio desde el punto de vista clínico, tal vez llegáramos antes á la conclusión afirmativa; pero ya lo haremos en otra ocasión, y por ahora analicemos el aspecto de fisiología patológica, fundada en la estructura de los vasos tuberculizados y sifilizados.

No reaccionan de la misma manera á los agentes patógenos las tres túnicas arteriales, y tampoco tienen, sobre todo en el aspecto de nuestro estudio, igual importancia la periarteritis, la mesoarteritis y la endoarteritis. Consideradas estas túnicas, podemos decir que el carácter de la inflamación de la periarteritis es la del tejido laxo en general, con fenómenos de congestión, vasodilatación, diapedesis leucocitaria, infiltración del mismo género, y hasta puede llegar á la supuración y la gangrena. Respecto á la inflamación crónica, se caracteriza por engrosamiento del tejido conjuntivo, induración y esclerosis, reconociendo casi siempre por causas, lesiones secundarias, como la inflamación de fuera adentro, es decir, del órgano, ó de dentro afuera, es decir, del vaso.

Más interesantes son las lesiones de la mesoarteritis, por el capital papel de esta pared en la función y la vida de los vasos. Es el contrarresto de la tensión, y frente á frente de los agentes infecciosos ó tóxicos, es la túnica que primero reacciona y que primero se degenera. Ya se atrofia, ya sufre la degeneración granulosa, ya la grasosa, ya la misma mortificación y aun total desaparición. Sus lesiones son secundarias en la mayoría de casos, y sigue en sus padecimientos á las otras túnicas arteriales.

La semejanza del endoarterio y sus inflamaciones con las inflamaciones de las serosas, y su especialización en alto grado como tejido conjuntivo, le predisponen principalmente á dos órdenes de lesiones, las proliferativas y las degenerativas, sobre todo éstas, por el hecho de lo poco vascularizada que es esta membrana.

Con estas condiciones generales fácil es comprender cómo en enfermedades, cual la sífilis y la tuberculosis, las arterias enferman; pero lo notable es la semejanza de ambas enfermedades cuando se las estudia en su acción sobre las arterias provocando arteritis crónicas muy prematuras y con grandes tendencias á las formas degenerativas. Incluyendo estas arteritis, como es natural, en el grupo de las autóctonas ó de origen intraarterial, las tenemos que incluir también en el grupo de las específicas ó por causa determinada y con caracteres y lesiones cuya modalidad es especial. Pues bien, la sífilis y la tuberculosis producen este género de arteritis, con la particularidad de agruparse en los tipos de arterioesclerosis precoz y con tendencia muy marcada á las rupturas, y sobre todo de los vasos capilares, y distinguiéndose únicamente en su asiento por la electividad un poco distinta de ambas enfermedades, siendo más comunes las hemorragias de los centros nerviosos en la sífilis, las del estómago y las hepáticas, y en la tuberculosis, las bronquiales, pulmonares y de localización peritoneal y de los intestinos.

Respecto á las del aparato respiratorio, una vez localizadas las infecciones sifilítica y tuberculosa en el aparato respiratorio, las hemorragias se suceden de la misma manera y son precoces en las primeras evoluciones del proceso tumoral ó tardías en el proceso de reblandecimiento ó final.

Estos estados de arterioesclerosis, sifilíticos y tuberculosos, pueden invadir los grandes vasos, los vasos de menor calibre y los capilares, creyendo nosotros con muchos autores que en este asunto es cuestión de grado más bien que de especie causal, y que casi

siempre es en ambas enfermedades asunto de proceso crónico, primitivo, sin pasar en la mayoría de casos por la fase aguda.

Asimismo hay gran diseminación de este proceso en ambas enfermedades, y salvo la ley de función, el proceso obedece en su distribución al carácter de la infección, como causa general. Dejando aparte el proceso senil de la arterioesclerosis difusa, sin embargo, mucho más prematuro en tuberculosos y sifilíticos, veremos que el carácter de las lesiones arteriales en las dos enfermedades es el de la esclerosis en placas, recayendo en vasos primitivamente sanos, con distribución irregular, y en el caso de la sífilis y la tuberculosis, recayendo en los espolones como sitios de mayor función, con aneurismas en el estricto sentido de la palabra, que en la tuberculosis pueden ser perituberculosos ó intracavitarios, como sucede en las hemoptisis de las cavernas, que á veces son incoercibles y nada puede detener, una vez roto el vaso, la salida de sangre.

Como el trabajo va haciéndose muy extenso y no podemos usufructuar terreno para nuestra modesta siembra, que se necesita para frutos más útiles, terminaremos afirmando que los gérmenes sifilítico y tuberculoso para producir las hemoptisis por lesión arterial, tienen que provocar en estos vasos una verdadera panarteritis con tendencia, y desgraciadamente con desorganización total de la pared vascular, en total mucho más profunda que todas las arteritis crónicas producidas por las demás causas. Que casi siempre tienen tendencia á localizaciones muy limitadas, á veces sobre un sólo órgano, no pocas sobre una sola rama y con cierta simetría en su distribución.

Con estas ideas tal vez podamos buscar en el laboratorio las causas, y con el estudio histológico el de los gérmenes y de sus evoluciones cada día más numerosas, llegar á un concepto más acabado de los microorganismos responsables por sí ó por sus productos de las dos terribles enfermedades crónicas, una de toda especie animal, como la tuberculosis, otra de la especie humana, como la sífilis.

Creemos que las ideas que exponemos en este trabajo pueden servir para fundamentar nuevos derroteros en el tratamiento de la hemoptisis, que ha tenido un período casi limitado al uso de la ergotina, y al aparecer las ideas de la importancia de la tensión en los asuntos cardiovasculares, se ha inclinado de este lado con exclusivismo parecido, abandonando el criterio antiguo sin razonar mucho más el moderno, y olvidando la noción de causa y patogenia por un sólo aspecto de la cuestión, y por tanto cuidando poco ó nada

el asunto del vaso, su tamaño, el territorio que baña y sobre todo su edad real y su edad aparente, pues la vejez anticipada que caracteriza á las lesiones englobadas también en una sola palabra, arterioesclerosis, que produce la sífilis y la tuberculosis solas ó asociadas, es un elemento á integrar en las indicaciones, y como el acto intelectual médico más tiende á diferenciar que á integrar en el cálculo, este ha sido el motivo de estas líneas, preludio de un trabajo que en breve daremos á nuestros queridos y antiguos amigos los lectores de la REVISTA.

REVISTA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

SUMARIO: I. Progresos en el diagnóstico de los tumores cerebrales.—II. El extracto de tiroides en la jaqueca y en la epilepsia.—III. Amiotonia congénita.—IV. Síntomas mayores del histerismo.—V. Pensamiento coloreado.

I. Con este título ha publicado el Dr. Knapp, en el *Münchener Medizinische Wochenschrift*, un artículo tan interesante al neurólogo como al cirujano.

Comienza el autor recordando que las dificultades con que tropieza el cirujano cuando se trata de un tumor cerebral, no suelen depender de la inaccesibilidad del neoplasma, sino más bien de precisar su localización. Los tumores que se desarrollan en alguno de los centros cerebrales, hoy bien conocidos, son los que menos dan que hacer respecto al diagnóstico, puesto que producen síntomas locales, explicándose así que los primeros pasos de la cirugía de los tumores cerebrales se hayan dado casi exclusivamente en este terreno de los neoplasmas, localizados en la región motora.

Más es el caso que la extirpación de un tumor que afecte, verbi gracia, á los centros sensorial ó motor del lenguaje, determina generalmente una afasia.

En cambio cuando se trata de operaciones en la llamada zona indiferente ó muda del cerebro, la tarea es mucho más atractiva para

el cirujano, y por lo mismo importa mucho que el neurólogo descubra medios para aclarar el diagnóstico en estos casos.

Ahora bien, á falta de síntomas locales ó de foco, debemos concentrar nuestra atención en los síntomas remotos ó lejanos, y aspirar á establecer cierto orden en la clasificación de estos síntomas.

El autor refiere con este motivo varios ejemplos que demuestran con qué frecuencia se extravía el diagnóstico por basarlo en síntomas que al parecer son inequívocos de lesión focal.

Aunque falta todavía mucho para dilucidar la patogenia de los síntomas lejanos en cuanto á saber si son producidos por compresión, dislocación, tracción ó destrucción de partes próximas, ó bien por alteración de su riego sanguíneo, no puede negarse la gran importancia de dichos síntomas para el diagnóstico, y á falta de una explicación racional de su producción, debemos agruparlos, tomando para ello por base la experiencia clínica.

Sabido es, por ejemplo, cómo este método empírico puede servir para el diagnóstico de tumores localizados en el lóbulo temporo-esfenoidal, en vista de ciertos síntomas atribuibles al nervio motor ocular común (ptosis, midriasis, etc.)

Otro método para localizar tumores cerebrales es el de la auscultación craneal, propuesta por Phelps, y que se funda en que, mientras en el sujeto sano las vibraciones de un diapasón colocado sobre el sincipucio, se transmiten con igual intensidad á ambos lados del cráneo, y son oídas con igual claridad sobre puntos correspodientes de los dos hemisferios, la presencia de un tumor en cualquier punto del cerebro es causa de que las vibraciones del diapasón no se perciban tan bien en dicha zona. Esta particularidad es más marcada cuando el tumor radica inmediatamente por debajo de la cubierta craneana, y especialmente si está algo calcificado ó se halla endurecido por cualquiera otro mecanismo patológico.

También se pueden emplear los rayos Röntgen, pero en este caso no prestan gran servicio, puesto que es raro que exista una gran diferencia entre la consistencia del tumor y la de la substancia cerebral. Los neoplasmas que se pueden descubrir con los rayos Röntgen son, por lo general, aquellos que han corroído ó dislocado los huesos craneales ó que han experimentado una calcificación.

El cuarto método propuesto por Neisser es la punción del cerebro á través del cráneo intacto y seguida de aspiración. Con la primera punción se determina si existe actualmente un tumor en el sitio presunto ó se trata, por el contrario, de otra forma de enfermedad

cerebral. Una vez averiguada la naturaleza de la lesión neoplásica, se hacen nuevas punciones á fin de descubrir con exactitud su extensión y situación. La punción cerebral no suele ocasionar dolor y se puede ejecutar sin inconveniente fuera de la casa del paciente; esto no obstante, sólo debe practicarse cuando el examen clínico haya revelado la existencia de síntomas definidos de localización. Ahora es cuando se entrega el enfermo al cirujano con una reseña escrita y bien detallada del resultado total de la exploración.

El cirujano, á su vez, tropieza en muchos casos con la dificultad de que no puede precisar durante la operación cuándo ha extirpado el tumor por completo. Para vencer dicha dificultad propone el autor (y la práctica dirá hasta qué punto es hacedera su proposición) que, durante la operación, se vayan examinando al microscopio cortes pequeños de las porciones extirpadas, y que el cirujano continúe su labor hasta que el micrógrafo le advierta que ya no corta más que tejido sano en todo el campo operatorio.

II. De día en día se va conociendo mejor el papel que desempeñan las glándulas cerradas en el desarrollo y sostenimiento de ciertos estados patológicos.

Como prueba de ello pueden aducirse los 10 casos que refiere el Dr. Alfredo Gordon, 6 de epilepsia y 4 de jaqueca, en *The Therapeutic Gazette*, mejorados ó curados con la administración de extracto de glándula tiroides.

La jaqueca, que proviene de un metabolismo morboso, tiene un parentesco indudable con una función deficiente de la glándula tiroides. En el embarazo, v. gr., existe una hiperactividad funcional de dicha glándula, y las mujeres que padecen de jaqueca se ven libres de sus accesos cuando se hallan encinta. En el mixedema, el dolor de cabeza y la debilidad psíquica y física provienen de una falta en la función del tiroides. Los individuos que sufren de jaqueca padecen, por lo común, de laxitud general, anorexia, dolores articulares, estreñimiento, obesidad y alopecia. Ahora bien, todos estos síntomas se observan igualmente en casos de disminución en la función tiroidea.

Es evidente que la autointoxicación en la jaqueca no siempre depende de una perturbación funcional de la glándula tiroides, y que puede proceder también de otras causas. Sin embargo, existe una serie de casos que son de naturaleza, por decirlo así, tiroidea, y en ellos es en los que da resultados satisfactorios el empleo del extracto de dicha glándula.

También es una opinión hoy muy admitida la de que existe relación entre los ataques de epilepsia esencial y una deficiencia en el quimismo orgánico. En apoyo de tal opinión se pueden aducir los datos fisiológicos relativos al metabolismo que preside y sigue inmediatamente á los ataques, y de los intervalos libres y las enseñanzas de la clínica en aquellos casos en que, transgresiones dietéticas y descuidos en la eliminación de principios de excreción, van seguidos indefectiblemente de un aumento en el número é intensidad de los ataques epilépticos.

Las perturbaciones en la función de las glándulas cerradas trascienden á todo el organismo, como lo prueban, entre otros hechos, el mixedema y la acromegalia. Los individuos que padecen de epilepsia y que presentan al mismo tiempo deficiencia tiroidea, tienen motivo suficiente para atribuir sus ataques á dicha deficiencia. Los seis pacientes que el autor estudió muy detenidamente y que estuvo tratando durante mucho tiempo, presentaban todos ellos síntomas de hipotiroidismo. Por mucho que se esmeraba en atender al régimen dietético y en emplear los antiepilépticos más recomendados, no conseguía ningún resultado, y en cambio, tan pronto como recurrió al tratamiento tiroideo, se observó una mejoría notable en el estado general de los enfermos.

Poco á poco fueron desapareciendo la apatía, la laxitud y el dolor de cabeza, mejorando la digestión gastrointestinal y disminuyendo cada vez más los ataques epilépticos, hasta tal punto, que una enferma que los venía padeciendo hacía dieciséis años, lleva ahora cuatro sin haber tenido ninguno. En los otros casos sobrevienen con intervalos de varios meses, siendo así que antes del tratamiento tiroideo se presentaban todas las semanas, á pesar de los bromurados, el régimen hipoclorurado y la alimentación adecuada.

En vista de lo expuesto, cree el autor que la epilepsia idiopática siempre va acompañada de procesos metabólicos deficientes, y que en muchos de estos casos desempeña un papel etiológico una perturbación funcional de las glándulas cerradas y especialmente de la tiroides.

Aun admitiendo que sean algo exageradas las ideas del autor, es indudable que conviene tenerlas presente en los casos de cefalalgia y de epilepsia que se resisten á los tratamientos usuales, y sobre todo cuando existan otros motivos para pensar en el hipotiroidismo.

III. Con motivo de haber observado cuatro casos de esta enfermedad, que suman, con los ya conocidos, un total de veinticinco, han

publicado en *Brain* un artículo referente á la misma los Dres. James Collier y S. A. K. Wilson.

La amiotonia congénita, denominación que juzgan preferible á la de miatonia, es un estado de extrema flacidez de los músculos asociado con una pérdida total de los reflejos profundos. Dicho estado es más marcado en la época del nacimiento, y siempre presenta tendencia á una mejoría lenta y continua. Existe una gran debilidad, pero nada de parálisis absoluta en ningún músculo. Los miembros son los que están más afectados, y en cambio la cara es respetada casi siempre por la afección. Los músculos aparecen blandos y reducidos en sus dimensiones, pero no existe una consunción muscular local. Con el tiempo se observa cierta predisposición á contracturas. Está disminuída la excitabilidad farádica de los músculos, y las corrientes farádicas fuertes se toleran sin molestia. No se observa ningún otro síntoma indicador de lesiones del sistema nervioso.

En casi todos los casos la parálisis se observó desde el nacimiento, ó tan pocas horas después, que es lo mismo para el caso. Sin embargo, en cuatro de los casos publicados, parece que sobrevino ó por lo menos que se acentuó mucho algunos meses después del nacimiento.

La afección es siempre simétrica, pero aun en los casos en que afecta á todos los músculos, respeta los de la masticación y de la deglución. Cuando está generalizada es frecuente que interese en mayor grado á las extremidades inferiores; en segundo término á las superiores, después al tronco, y en el grado mínimo á la cara.

En los miembros se ha dicho que afecta más á los músculos de la raíz que á los de los extremos, pero sin duda no se ha tenido en cuenta que los músculos del primer grupo están en condiciones más desventajosas que los del segundo para luchar contra la gravedad, puesto que mueven palancas más largas. No se observa una atrofia muscular local, comparable á la que es característica de los casos que pertenecen al grupo de las miopatías. Sólo se han observado contracturas en las extremidades inferiores y no corresponden, en su asiento ni en su grado, á la gravedad de la amiotonia.

La disminución de tono en los músculos afectados es la particularidad más saliente de esta dolencia. Por muy completa que parezca ser la parálisis, si se coloca á cualquier músculo en posición favorable es capaz de contraerse voluntariamente. La relajación de músculos y ligamentos permite en esta enfermedad un grado muy

notable de hiperextensión de las articulaciones y de movilidad de las mismas cuando se las sacude.

La amiotonia congénita debe diferenciarse de la atrofia muscular espinal aguda de tipo familiar, en la que hay una parálisis atrófica completa de los músculos, con pérdida completa de excitabilidad farádica y de sensibilidad á toda clasé de estímulo en la región afectada.

Es muy importante, y á la vez difícil de resolver, la cuestión de si la amiotonia es una variedad de miopatía ó una entidad clínica y anatomopatológica diferente. Hasta ahora no se ha hecho el examen anatomopatológico más que en dos casos, y como los resultados obtenidos en ambos difieren bastante, hay que dejar en suspenso la solución de este punto.

Terminan los autores su interesante estudio haciendo notar las diferencias que distinguen, clínicamente al menos, la amiotonia de las miopatías: 1.ª Estas son de tipo familiar muy marcado, cosa que no se observa en la amiotonia. 2.ª Los diversos tipos de miopatías se observan á menudo en una misma familia, y en cambio en ninguna familia miopática se ha observado un caso de amiotonia. 3.ª La inmensa mayoría de los casos de esta enfermedad son congénitos, circunstancia que no se observa en los de miopatías. 4.ª En éstas no se presenta la flacidez muscular característica de la amiotonia. 5.ª La consunción muscular local es una particularidad propia de las miopatías y extraña á la amiotonia. 6.ª Esta afección mejora con el tiempo, mientras que en las miopatías sucede lo contrario. 7.ª Por último, en varios casos de amiotonía, y entre ellos en dos de los observados por los autores, los reflejos profundos llegaron á aparecer después de meses y hasta años de duración de la enfermedad. En las miopatías nunca se ha observado semejante hecho.

IV. Con este título ha dado quince conferencias muy interesantes el conocido neurólogo Pedro Janet en la Escuela Médica de la Universidad de Harvard.

El autor empieza estudiando el sonambulismo, «el síntoma más típico y más característico del histerismo», y expone ejemplos del tipo más simple de sonambulismo, en el que el paciente está absorto bajo la influencia de alguna situación emocional. En este caso el sistema de ideas relativo á un suceso se ha emancipado y se desarrolla por su propia cuenta y hasta un grado exagerado.

De este sonambulismo monoidéico no hay más que un paso á las fugas, al sonambulismo poliidéico y á los estados de doble persona-

lidad, en los que se disocia y se desarrolla de un modo independiente un grupo mucho más complejo de sistemas, de pensamientos y de sentimientos. En estas circunstancias la disociación de un sistema psicológico está asociada con la amnesia, no sólo del episodio sonambúlico, sino en determinados casos del suceso emocional que ha conducido á la disociación.

Del mismo modo que se disocian sistemas de pensamientos, así pueden disociarse también sistemas funcionales de movimientos, mostrando éstos análogamente un desarrollo independiente y exagerado que da origen, por una parte, á tics y á coreas, y por otra, á parálisis y anestesias, que desempeñan el mismo papel que las amnesias del sonambulismo.

En todos estos fenómenos se trata, no de destrucción, pero sí de inhibición de funciones, que, lejos de estar á disposición de la voluntad y de la conciencia del sujeto, aparecen disociadas del conjunto de sistemas psicológicos que recibe el nombre de personalidad. Así como en lo motor se observan contracturas y parálisis, tics y coreas debidos á la función anormal de un sistema psicológico que ha adquirido cierta independencia, así también en lo sensorial se disocian determinados grupos de sensaciones y adquieren análoga independencia, y de este modo tenemos, por una parte, tics, dolores y alucinaciones, y por la otra, anestesias diversas. Estas observaciones tienen aplicación no sólo á las funciones más complejas y de elaboración más elevada que intervienen en la adaptación del individuo á las circunstancias de la vida en todo momento, sino también á las anorexias, vómitos, dispneas, etc., en que existe una emancipación análoga de las funciones cerebral y fisiológica respecto á los órganos viscerales. Esta emancipación conduce, por una parte, á la exageración de la función, y por la otra, á la desaparición de la conciencia de ciertas necesidades y reacciones orgánicas.

Al tratar del concepto psicológico de las parálisis y anestesias, demuestra el autor la unidad esencial del mecanismo de estas perturbaciones y hace ver cómo ciertas parálisis sistemáticas son debidas á la disociación é independencia anormal de ciertos sistemas de movimientos agrupados por la educación; estas parálisis son el resultado de una disociación psicológica que constituye asimismo la base de los coreas y tics histéricos.

Del análisis que hace del estado mental de los histéricos, deduce que el estigma mental más importante del histerismo es la sugestibilidad, entendiendo por sugestibilidad, no una exagerada do-

cilidad, sino la concurrencia de dos condiciones: la preservación del automatismo y la disminución de la síntesis personal. Designa con el nombre de sugestión « un hecho muy especial, el desarrollo completo de una idea que se efectúa sin la voluntad y sin la percepción personal del sujeto »; implica una enfermedad de la personalidad, una disminución de síntesis personal.

Un segundo estigma de igual importancia es «una disposición característica á la indiferencia, á la abstracción, á una tendencia sumamente exagerada, á la distracción ó ensimismamiento». Lo que no está en el campo de la atención es para estos individuos como no existente; no existe para ellos penumbra alrededor del campo central de la atención. Hasta cierto punto es esta verdadera ausencia de un fondo obscuro y sombrío y no tan distinguido, percibiéndose tan sólo aquello que está presente y que se puede comprobar, lo que permite en el sujeto histérico el desarrollo incontrastable de ciertas ideas, ó sea la sugestión.

Un tercer estigma es el fenómeno de las transferencias y de las equivalencias, la sustitución de un accidente por otro, hecho que sería un error atribuir siempre á la sugestión.

El prefesor Janet comprende estos tres estigmas—sugestión, tendencia á la distracción y alternación—bajo el concepto de « retracción del campo de la conciencia ».

Además de estos estigmas, tiene el sujeto histérico síntomas comunes con el extenso grupo de individuos neuropáticos, síntomas que dependen de una depresión de las funciones más elevadas de la mente. Según esto, el síntoma esencial del histerismo es una depresión del nivel mental que toma la forma especial de retracción del campo de la conciencia. Esta depresión del nivel mental sobreviene más particularmente en ciertos períodos fisiológicos, verbi gracia, la pubertad, después de enfermedades extenuantes, ó después de emociones violentas.

El autor llama también la atención acerca del hecho curioso de que en el histerismo la disociación afecta á aquella función que estaba en plena actividad en el momento de una gran emoción.

V. De la *Review of Neurology and Psiachiatry* tomo las siguientes notas basadas en un artículo publicado en dicha *Revista* por el doctor David Fraser Harris: Hay que distinguir el pensamiento coloreado de la sensación coloreada. Esta última es una sensación apareada ó sinestesia, como sucede en el caso de la audición coloreada ó percepción de un determinado color, cuando se oye cierto sonido.

El pensamiento coloreado, denominado también concepción ó ideación cromática, es una cosa diferente. En este caso es el pensamiento ó idea el que va acompañado de color. Hay ciertas personas que si se imaginan ó piensan en ciertas palabras ó cosas, las piensan ó imaginan como coloreadas y para quienes tienen un color diferente cada hora del día, cada día de la semana, ó cada mes del año, etc. El concepto coloreado puede designarse con el nombre de psicocromo (Galtón).

Las distintas personas difieren muchísimo en su facultad de visualización. Francisco Galtón las ha clasificado en muy visuales y poco visuales. Ahora bien, sólo las primeras son capaces de presentar el fenómeno del pensamiento coloreado.

Las características de esta particularidad psicológica son las siguientes: 1.ª Las asociaciones entre el concepto y el color se forman desde una edad tan temprana, que es frecuente que no la recuerden los interesados. 2.ª El color asignado á cada concepto varía según los distintos sujetos. 3.ª Dicho color se les aparece de un modo tan definido que los interesados no se contentan con decir, por ejemplo, que septiembre es gris, sino que lo califican de color gris de acero. 4.ª Esto, no obstante, en el pensamiento coloreado nunca se llega á la alucinación, hecho que se explica bien, recordando que el psicocromo es un concepto, no una sensación. 5.ª Se trata de una particularidad hereditaria, según Galtón muy hereditaria, hecho que también se observa en la audición coloreada. 6.ª y última: El pensamiento coloreado no sólo es una anomalía psíquica congénita y hereditaria, sino que además no se modifica, ó se modifica muy poco con la educación.

Los colores que pueden acompañar al pensamiento son los del espectro y además el blanco, el negro, el gris y un gran número de matices intermedios, habiéndose observado en el siguiente orden de frecuencia, reducidas las proporciones de casos á 100: blanco, 24; moreno, 24; negro, 17; amarillo, 11; verde, 7; azul, 5; rojo, 4; color de clavel, 3; color crema, 3; anaranjado, 1, y púrpura, 1.

El autor ha observado, de acuerdo en esto con Galtón, que los sujetos en cuestión tienen un desarrollo intelectual, más bien superior que inferior al tipo medio, y que esta anomalía se presenta en ambos sexos.

Para explicar el fenómeno del pensamiento coloreado, recuerda el Dr. Fraser que la explicación que da el Dr. Peillaube con motivo de un caso de audición coloreada, en el que las notas bajas iban

acompañadas de la percepción de un color violeta. Cree el Dr. Peillaube que la asociación de ambas sensaciones se forma en un principio por medio del eslabón psíquico de la idea de «dulce y profundo» que el interesado asignaba á las dos sensaciones auditiva y visual. Con el tiempo llegaría á borrarse de la conciencia dicho eslabón intermedio, y de este modo la nota baja sugería en el acto la sensación del color violeta.

Análogamente, si el concepto ó idea del mes de febrero va acompañado de un color blanco, pudiera ser debido á que la nieve es blanca, y á que la idea de dicho mes evoca la idea de la nieve que durante él cae en abundancia.

Sin embargo, esta explicación que ya en sí parece algo artificiosa, tiene en su contra lo caprichoso de los colores que perciben algunos sujetos cuando evocan las ideas, verbi gracia, de los días de la semana.

El autor, teniendo en cuenta el carácter congénito de la anomalía, su poca ó nula modificación con la educación y con la edad y el grado elevado de desarrollo intelectual que se observa en estos sujetos, se inclina á considerar el pensamiento coloreado como una manifestación análoga á las propias del genio.

Tenga ó no razón el Dr. Fraser, se trata, sin duda alguna, de un hecho digno de ser conocido y estudiado.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Diabetes traumática. — El Dr. D. Jaime Font Monteros, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, el siguiente notable artículo:

«Se trata de un hombre de unos cuarenta y cuatro años de edad, de constitución fuerte y de muy buenas carnes, de profesión carretero y sin antecedentes morbosos de ninguna clase, quien, descargando los sillares de su carro, tuvo la desgracia de que uno de ellos le cogiera la extremidad inferior derecha, fracturándole el femur correspondiente y en el sitio ya dicho. Ningún síntoma anormal se presentó durante los treinta y cinco días primeros al accidente. En esta época, cuando ya empezaba á andar con ayuda de un bastón y apoyando algo su pierna derecha, inopinada-

mente preséntanse los signos clásicos de la diabetes sacarina: polifagia, polidipsia, poliuria y la glicosuria, comprobando el análisis de su orina, por el procedimiento del Dr. Duhomme, con el licor de Fehling, la existencia de 14 gramos de glucosa por litro. El tratamiento instituído fué el régimen, y el uso del opio, antipirina y bicarbonato sosa, con resultado efectivo y rápido.

Se sabe que la diabetes verdadera traumática fué negada por Jaccoub, Hirschfeld, y sobre todo por Becher. Actualmente, es ya aceptada de una manera más unánime y se la clasifica, según las observaciones clínicas, bajo dos formas distintas:

1.ª Sujetos en que la diabetes ya existía anteriormente, tanto si había sido reconocida ó ignorada, como si se había agravado ó no agravado por el traumático.

Sin duda alguna que si un individuo hasta entonces sano, sin ningún síntoma diabético anterior de ninguna especie, presenta en seguida, después de la lesión traumática de la clase que sea, los signos característicos de la diabetes sacarina, claro está que se pensará lógicamente que se trata de una diabetes post traumática; sin embargo, en clínica no siempre se puede encontrar y sentar esta simplicidad, sino que hay muchos casos que ofrecen algunos puntos discutibles y dignos de que sean tenidos en cuenta en el preciso momento de la resolución del problema que nos plantea el enfermo, tales como la cantidad de azúcar eliminado, su duración y el momento de su aparición después del traumatismo, como también no deben ni puede olvidarse los antecedentes del enfermo y el asiento del trauma.

En efecto, la cantidad de azúcar sacada de las orinas en las veinticuatro horas, es dato de suma importancia. Algunos gramos de azúcar eliminados en las veinticuatro horas no serán suficientes para llevar un diagnóstico de diabetes traumática, aunque hayan sobrevenido después de un accidente violento, ya que de ordinario en estos casos la disminución de azúcar es progresiva, y su desaparición absolota es apreciada en un tiempo limitado, en pocos días. Así es que, si esta duración es solamente de breves días en enfermos post traumáticos, en los que ya se apreciaba, cuando sanos, una mínima cantidad de azúcar, la importancia es poca y sencillo su tratamiento, pues la eliminación absoluta del azúcar se verifica sin medicamentos, solamente con algunos días de régimen y la privación por completo del azúcar, se alcanza la curación.

Por el contrario, si el azúcar aumenta progresivamente, en vez de decrecer, y llega el análisis á señalar grandes cantidades, 30, 50, 100 gramos en las veinticuatro horas, y los signos de los tres *polis* se acentúan rápidamente, nos hallamos al frente de un verdadero diabético sacarinarino trumático de mucha importancia y que implica necesariamente un tratamiento rápido y enérgico, si se quiere que la terapéutica corone con el éxito la curación del trauma, á la par que la de la diabetes, su consecuencia. La dificultad está en saber apreciar el momento de la aparición del azúcar en las orinas después del traumatismo.

Este es el punto del debate más culminante en enfermos desconocidos, para llegar á afirmar categóricamente si ó no ya eran antes diabéticos

después de haber recibido el traumatismo. Si el azúcar aparece en forma precoz, la cuestión se juzga con bastante facilidad; sin embargo, cuando la aparición es más tardía, las dificultades suben del punto natural, son ya mayores.

Los citados profesores Cruchet y Lautier presentan un cuadro recapitulativo, indicando para las 53 observaciones la fecha de la aparición de la diabetes después del traumatismo.

He aquí el cuadro:

	Casos.
Inmediamente después	9
De 1 á 20 después	16
» 1 á 6 meses	13
» 6 meses á un año	7
» 1 á 2 años	5
» 1 á 4 años	1
» 1 á 6 años	2
Total	53

El anterior cuadro da exacta idea de la fecha de aparición de la diabetes, ó sea del momento en que por vez primera después del traumatismo se descubrió y se comprobó, por medio del análisis, el azúcar en las orinas; sin embargo, no se afirma ni se niega si ya antes del traumatismo existía ó no existía el azúcar en las orinas de los citados casos clínicos. Señalan muchos autores algunos casos de enfermos que sufrieron traumatismos, en los que la orina fué investigada y reiterada siempre con resultado negativo; hasta muchos meses después del trauma, el examen no indicó la presencia del azúcar.

Notable es el caso clínico relatado por Brouardel y Richardiere. Se trata de un hombre de cuarenta y cinco años de edad, que no había estado enfermo jamás, víctima de un accidente de ferrocarril, en el cual la diabetes no apareció ó no fué comprobada hasta dieciséis meses después del traumatismo. Así es que dichos autores añaden, respecto á la distancia indefinida que media entre la aparición del azúcar y el traumatismo, que «los casos de diabetes desarrollados cinco ó seis años después del accidente, deben considerarse como dudosos bajo el punto de vista de las causas».

Opinan análogamente Asher y Vibert.

Acerca del papel que desempeñan los antecedentes de los enfermos que han sufrido traumatismos y luego durante el curso de los mismos se hacen diabéticos, las opiniones se hallan divididas y sostenidas por renombrados Profesores en la ciencia. Unos, Frerichs, Seegen, Lecorché y Straus, afirman que son necesarios los antecedentes y predisposiciones hereditarias ó adquiridas para que un traumatismo acarree la diabetes; y con estos autores, Butrouille y Canuti señalan como causas evidentes la obesidad y la alimentación exclusivamente vegetal, apreciada siempre en sus observaciones clínicas. Otros, á estas afirmaciones quizás demasiado absolutas, oponen las opiniones sustentadas por Brouardel y Richardiere, los que, sin negar la predisposición hereditaria adquirida, no la hacen obligatoria, porque hay casos en que á veces es imposible manifestar la predisposición,

como, por ejemplo, la diabetes traumática en los niños de corta edad ó en los adultos sin antecedentes.

Otra cuestión queda aún sin una resolución absoluta y muy discutida entre los eximios Profesores de la ciencia, y es acerca del asiento del traumatismo. R. Stern, en 1900, sentó la conclusión de que no se estaba autorizado á afirmar el origen traumático de la diabetes más que en el caso en que la glicosuria aparece á consecuencia de un traumatismo grave de los centros nerviosos para disiparse al cabo de algunas semanas ó de varios meses.

Innumerables observaciones anteriores — la citada por mí y otros — y posteriores contradicen formalmente la conclusión de Stern, ya que no cabe duda que, sin que el traumatismo haya abrazado los centros nerviosos, sino solamente otras regiones, la diabetes ha aparecido desde algunas horas y días á varios meses después del trauma.

A propósito, ¿no ha sido apreciado algunas veces sin accidente traumático previo el azúcar en la orina de ciertos individuos predispuestos, naturalmente gotosos ú obesos, después de haber experimentado enérgico y violento trastorno psíquico, tras una emoción fuertemente deprimente ó exaltante de carácter enérgico y sostenido? ¿La emoción, así sufrida, no es un verdadero trauma y algunas veces permanente de muchos días?

El análisis de la orina después de todo traumatismo es de rigor, previsor siempre de consecuencias fatales y único medio de investigación capaz de afirmar ó de negar al traumatismo los accidentes diabéticos que han sobrevenido consecutivamente á él.

Dos conclusiones sacan los Dres. Cruchet y Lautier de sus diversas investigaciones, y son las siguientes:

1.ª Es necesario establecer resueltamente la distinción y la diferencia contra la glicosuria post traumática y la diabetes sacarina post traumática propiamente dicha, ya que la primera forma es siempre benigna y transitoria, mientras que la segunda tiende á la cronicidad, puede durar mucho tiempo y aun acarrear la muerte en breve plazo. Brouardel y Richardiere asientan á esta afirmación y recomiendan que deben distinguirse netamente dichas dos formas.

2.ª Dado un traumatismo y un diabético verdadero consecutivo, ¿en qué condiciones y en qué momento estaremos autorizados para unir éste á aquél, cuando la aparición de la diabetes es tardía, desde cuatro á dieciocho meses, de dos años y aun más después del accidente?

La evolución de los accidentes mismos indicará si en realidad hay ó no hay relación estrecha de causa á efecto entre un traumatismo y un diabético consecutivo. Es evidente que en estos casos clínicos, los pacientes no recuperan, después del trauma, la integridad perfecta de sus funciones y de día en día más aumenta y más se confirma la diabetes. Y aun cuando el traumatismo se cure, el estado general del enfermo no mejora, sino que de momento en momento es más defectuoso y persisten los trastornos nerviosos, como la debilidad orgánica, la falta de energía, los fenómenos dolorosos, las parálisis, etc., etc. Además, á medida que la desnutrición progresa, obsérvase una disminución rápida del peso del cuerpo, el apetito sexual desaparece, así como el reflejo rotuliano. En la piel se presentan

erupciones diversas y rebeldes á todo tratamiento, y el contacto de la orina azucarada produce prurito vulvar, edema del prepucio y balanitis. A veces se presentan una serie de forúnculos ó un antrax, y otras unas placas superficiales de gangrena en las piernas ó en los dedos de los piés. La caries dentaria es frecuente y, bajo la influencia de la periostitis alveolar, los dientes, aunque sanos, son expulsados de sus alvéolos. Esta particularidad se observa con harta frecuencia en la práctica médica estomatológica. El oculista tiene en muchos casos mucho que hacer, ya que la vista está debilitada por la disminución de la amplitud de acomodación, y además, la pupila se presenta dilatada y con parálisis pasajera de los músculos motores del ojo. La catarata es una complicación bastante frecuente. No son pocos los traumatizados que después del accidente se hacen diabéticos y mueren en plena hepatización gris del pulmón. Los diabéticos están muy expuestos á todas las enfermedades pulmonares, á tal punto que la pulmonía puede matarlos en uno ó dos días, y aun cuando curen, no evolucionan aquéllas jamás con la franca habitual.

Una vez detalladas las diferentes formas clínicas más usuales de las diabetes consecutivas á los accidentes traumáticos, resumamos las otras formas más habitualmente observadas en la práctica de la medicina.

Hay *formas leves*, cuyo estado general de los pacientes no está muy perturbado, á pesar de que el azúcar eliminado no baja de 100 gramos en veinticuatro horas; la orina no pasa de dos litros y la densidad de ésta varía entre 1.022 á 1.030, dejando por reposo un sedimento de arenilla amarillenta. No pocas veces en estos casos se observa solamente el azúcar en la orina filtrada durante el día y falta en la eliminada durante la noche. El régimen atenúa de una manera notable la disminución del azúcar y hasta lo hace desaparecer por completo, si estos enfermos se privan en absoluto del azúcar y demás substancias que lo contienen.

Hay *formas graves*, cuyo estado general se resiente muy prontamente. El azúcar oscila entre 100 á 300 gramos por día, cuatro ó seis litros de orina cada veinticuatro horas, y con una densidad de 1.025 á 1.040. El régimen rigurosísimo hace bajar siempre la cifra del azúcar, pero no la hace desaparecer completamente, gracias, sin duda alguna, á que estos pacientes conllevan dolencias crónicas causantes de la excesiva cantidad de azúcar en su orina.

Hay *formas muy graves*, el análisis de la orina denota cantidades de azúcar que oscilan entre 500 á 1.000 gramos diarios, diez ó más litros de orina en las veinticuatro horas y el ácido acético y la acetona existen también en gran cantidad. La consunción se produce de una manera rápida y extraordinariamente progresiva. Esta forma diabética se observa con bastante frecuencia en las embarazadas, cuya gravedad para el feto es de tal magnitud que le puede ocasionar la muerte, no solamente antes del término, sino algunas horas ó algunos días después de su nacimiento. El parto adquiere igualmente tal gravedad que las parturientes mueren del 30 al 40 por 100. Si los médicos fuéramos consultados por las familias antes de que sus hijos contrajeran matrimonio, ciertamente que evitaríamos muchos males y no aconsejaríamos jamás el matrimonio á ninguna mujer ni á ningún hombre atacado de diabetes, á la primera, por dicho motivo,

y, al segundo, porque si no está plenamente confirmada la transmisibilidad de la diabetes conyugal (véase el número 679 de esta *Revista*, correspondiente al 15 de abril pasado) por lo menos es sospechable y peligroso el contacto conyugal.

Hay *formas insípidas* con los signos característicos y designados bajo los tres *polis*, pero falta el azúcar de la orina, su análisis; según los diferentes procedimientos de investigación hoy conocidos, resulta negativo; sin embargo, la orina de estos enfermos ofrece la particularidad de que en el momento de su emisión es ácida y transparente, y de que por el reposo se convierte en turbia y alcalina. Contiene un exceso de úrea, ácido úrico y materias extractivas azoadas. Otras veeces son los fosfatos los que están en exceso (fosfaturia ó diabetes fosfática), presentándose éstos en forma de pajitas brillantes ó en gruesos cristales de fosfato amónico magnésico. La temperatura presenta descensos transitorios bajo la cifra normal y la diuresis es tan persistente que no disminuye aun después de restringir la ingestión de líquidos.

Hay *formas esenciales*, en las que no hay polifagia ni consunción, ni perturbaciones nerviosas, sino sed (polidipsia) y poliuria (mucha orina). La herencia, los traumatismos y muy especialmente las lesiones que interesan el suelo del cuarto ventrículo cerebral, son sus causas.

Hay la *forma de coma diabético*, siempre de suma gravedad dentro de los accidentes nerviosos que pueden sobrevenir en el curso de la diabetes sacarina. Los excesos de trabajo corporal, la diarrea, el régimen azoado demasiado exclusivo y el uso inmoderado de los opiados, pueden provocar su aparición. Sus síntomas son: una disnea caracterizada por mayor amplitud en los movimientos respiratorios con pausa inspiratoria bien manifiesta. El aliento y la orina huelen á manzana ó á cloroformo, merced á la acetona. Si la orina de estos enfermos es tratada por el percloruro de hierro, da un color rojo vinoso. La temperatura baja algunas veces hasta 30°. Las pupilas, dilatadas, reaccionan, sin embargo, á la luz, y la muerte no se hace esperar; sobreviene como término medio al cabo de uno ó dos días, por la intoxicación general ácida del organismo, verdadera parálisis cardíaca, debida tal vez á la degeneración y desaparición de las fibras musculares. Son ya sabidos los orígenes de la producción de azúcar y el destino de éste en el organismo.

El azúcar introducido en el organismo con la alimentación se consume; pero si la ingestión excede de las necesidades del momento, el exceso se desdobla en parte bajo la forma de glicógeno, y en parte se transforma en grasa, que, si no se queman en los tejidos por el ejercicio exagerado, se almacenan y depositan en los órganos, como materiales de reserva siempre perjudiciales. En tanto es así, en cuanto que si se introducen en el organismo grandes cantidades de azúcar, 400 gramos ó más (de uva, de caña, levulosa ó lactosa), en la orina eliminada en las horas inmediatas, puede presentarse azúcar en tal cantidad, que es fácil demostrar su presencia por los medios más sencillos. Así es que si la glucosuria no representa una enfermedad independiente, realmente transitoria, como en los traumatismos del cráneo, en los derrames apoplécticos en el cerebro, en las neuralgias, en la convalecencia de enfermedades infecciosas, paludismo, antrax

y en diversas intoxicaciones, especia mente con el óxido de carbono, es de importancia secundaria, puesto que no influye sobre el estado general del enfermo y se desvanece al desaparecer la causa.

En resumen: el diagnóstico se funda única y exclusivamente en la demostración de azúcar en la orina. Si el análisis es dudoso, se examinará la orina evacuada de dos á tres horas después de una comida abundante en pan ó en féculas.

El pronóstico va englobado y resulta de lo dicho. Es mucho más favorable en las formas benignas que en las graves. Cuanto más joven es el individuo, tanto más rápida es la marcha de la enfermedad; los niños muchas veces sucumben á los pocos meses de dolencia. La reacción del percloruro de hierro fuerte y persistente, así como la proporción elevada de acetona, la aparición de ácido oxibutírico y la gran eliminación de amoníaco por la orina, son de pronóstico grave. La aparición de cilindros abundantes en la orina, indica un coma en puerta é inminente.

Las familias de diabéticos deben limitar, hasta cierto punto, la ingestión de substancias hidrocarbonadas, al mismo tiempo que se las debe recomendar el análisis de la orina de tiempo en tiempo, y muy especialmente después de haber hecho una alimentación amilácea, para descubrir lo más pronto posible los primeros indicios de esta afección y regularizar inmediatamente el régimen dietético». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 22 de Julio de 1908.

De la tuberculosis inflamatoria. — El Dr. PONCET (de Lyon): Ante la oposición que suscitó nuestra anterior comunicación, habíamos pensado que los hechos y el tiempo llegarían á familiarizarnos con las ideas algo revolucionarias que habíamos sostenido; pero de quince días acá han aparecido trabajos muy característicos y en armonía con nuestra concepción, que me inducen á volver sobre algunos puntos de la discusión anterior. Desde luego, el trabajo publicado recientemente por L. Bernard y Gougerot, con el epígrafe *Patogenia de las lesiones no foliculares de la tuberculosis*, no se refiere á otras lesiones que á las que nosotros llamamos tuberculosis inflamatoria. Según los referidos autores, son dichas lesiones *reacciones vasculares* y *reacciones del tejido conjuntivo* con toda la serie de fenómenos que se ven en las demás inflamaciones no tuberculosas. Pues bien: todo esto nosotros lo hemos señalado ya en 1902, fundándonos simplemente en la

observación clínica. El hecho clínico persiste, tal como lo hemos anunciado: *las lesiones congestivas y esclerosas, en los tuberculosos, cuando no reconocen una etiología especial bien evidente, son lesiones tuberculosas.*

El Dr. Broca: De que un sujeto sea tuberculoso, no se desprende que todas sus lesiones lo sean. No niego que algunas veces existe un lazo de unión entre la tuberculosis y algunas de dichas lesiones y que hace ya mucho tiempo que se sabe que ciertas manifestaciones, miradas antes como comunes, son sintomáticas de una infección tuberculosa; pero no puedo admitir que el reumatismo ó lo que se designa con el nombre de pseudoreumatismo, sea de naturaleza tuberculosa; lo mismo diré de la escoliosis, de los piés planos, de la tarsalgia, de las estrecheces del intestino ó del estómago y de los genu-valgum. Por mi parte considero que la inmensa mayoría de estos procesos no tienen ninguna relación con la tuberculosis.

El Dr. Kirmisson: No participo de la opinión de nuestro colega cuando mira á la tarsalgia, á la escoliosis y á las deformacions raquíticas como lesiones tuberculosas. Según mis observaciones, hasta resulta raro que sean de esta naturaleza. Esperaremos los hechos para juzgar esta cuestión y entonces podremos saber de qué parte está la razón.

El Dr. Poncet: La tuberculosis es eminentemente infecciosa, y no veo por qué razón se admite que pueda producir lo que se admite que producen gran número de otras infecciones. He dado al pseudorreumatismo el calificativo que realmente le conviene. La tuberculosis inflamatoria debe ser reconocida por la clínica, como ocurre con la sífilis, sin necesidad de demostrar la presencia del espirochete.

Anestesia cocaínica local en el tratamiento de las fracturas.—El Dr. Quenu: Habiendo sido publicados algunos casos de este género en que se empleó la anestesia local por la cocaína, la he aplicado algunas veces en mi enfermería. Hace poco me trajeron un joven de veinticinco años con una fractura de Dupuytren. Le inyecté 3 centígramos de cocaína, 2 en los maleolos y 1 en el foco de la fractura; tres ó cuatro minutos después reduje la fractura, sin que el enfermo sintiera ningún dolor; después le apliqué un aparato enyesado. En otros 14 casos de fractura he utilizado el mismo procedimiento y de los 14 sólo en 1 fracasó por insuficencia de anestésico. Trátase, pues, de un procedimiento que se recomienda.

(*Le Bull. Med.*)—Codina Castellví.

SOCIEDAD FRANCESA DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS SOBRE LA TUBERCULOSIS

Sesión del día 14 de Mayo de 1908.

Formas clínicas de las hemoptisis tuberculosas. — Los Dres. F. Besançon y S. I. de Jong: La hemoptisis es un síntoma importante de la tuberculosis. No estudiaremos en este trabajo dos tipos de hemoptisis: las de los cavernosos, hemoptisis terminales de patogenia y fisonomía clínica bien conocida, y las que se presentan en los tuberculosos llegados al período de

reblandecimiento de una tuberculosis ulcerosa, la que por su rareza y por el período en que aparecen no tienen la importancia suficiente para caracterizar su evolución. Nos ocuparemos sólo de las hemoptisis llamadas incipientes y de las de repetición.

Hemoptisis llamadas incipientes. — La hemoptisis suele ser el primer síntoma aparente de la tuberculosis. Los autores antiguos creían que eran hemoptisis incipientes, pero hoy que conocemos más á fondo la tuberculosis pulmonar latente, nos explicamos mejor la significación de estas hemoptisis y admitimos que son, en realidad, la primera manifestación alarmante de una tuberculosis latente y que se hace manifiesta, según frase de Maragliano. Estas hemoptisis presentan diversa fisonomía clínica.

Primer grupo. *Hemoptisis, única manifestación de una tuberculosis hasta entonces latente y que se hace clínicamente apreciable.*—Estas hemoptisis, que podrían llamarse de alarma, aparecen, en realidad, durante un estado de salud perfecto. La manera brusca de aparecer la hemoptisis es uno de sus caracteres más importantes; no va acompañada de fiebre, el apetito sigue siendo normal y no se aprecia signo alguno de auscultación que revele su origen. Los esputos no contienen bacilos. Puede ser abundantísima ó de mediana intensidad. En ciertos casos depende de la ruptura de várices de la faringe ó de las regiones inmediatas. A pesar de la falta de síntomas concomitantes de tuberculosis, la historia de las formas hemoptóicas de etapas lejanas sirve para descubrir la naturaleza tuberculosa de estas hemoptisis. Cuando no coincidan con otro síntoma de impregnación tuberculosa, su pronóstico es de ordinario benigno. Quizá sean debidas á una congestión, á una ruptura vascular alrededor de los tejidos esclerosados, ó en las cicatrices de tuberculosis, latentes toda la vida, tan comunes y tan bien conocidas hoy.

Segundo grupo. *Hemoptisis de alarma, acompañadas de un brote de tuberculosis pulmonar de gravedad variable.*—Se trata en estos casos de enfermos que se hallan, al parecer, en buena salud, que trabajan y que tienen de repente una hemoptisis más ó menos abundante. En realidad tenían anoresia, gran cansancio y habían enflaquecido. En algunos enfermos los signos de la impregnación tuberculosa se hallan reducidos al mínimum. En otros casos estos signos son menos discretos, hay algo de fiebre, se oyen algunos estertores subcrepitantes en uno de los vértices y el murmullo vesicular se halla modificado en el otro lado. O bien esta hemoptisis es seguida de una evolución tuberculosa perfectamente caracterizada, sin más accidente hemoptóico que el del principio, ó revistiendo una de las formas hemoptóicas que estudiaremos después. ¿Cuál es el valor pronóstico de esta hemoptisis contemporánea de los primeros signos de la evolución tuberculosa? Se poseen pocos datos respecto á este particular, pero según ciertas estadísticas, en particular la de Turban, citada por Poujade, en estos tuberculosos «que se defienden», como dice Triboulet, la evolución pulmonar es más bien favorable. Para Daremberg, esta benignidad relativa del pronóstico se debe únicamente á que los enfermos, alarmados por la hemoptisis, se someten antes al tratamiento en un período en el que hay probabilidades de curación durable.

Hemoptisis de repetición (*Formas hemoptóicas de la tuberculosis pulmonar*).—Conviene entender bien lo que pueden llamarse formas hemoptóicas de la tuberculosis. No basta que un individuo, en el curso de su lesión pulmonar, escupa sangre una ó dos veces para considerarle como hemoptóico. En los casos que vamos á estudiar la hemoptosis es, ó bastante frecuente, ó bastante aislada y predominante, como síntoma para caracterizar un tipo morboso, una verdadera forma clínica de tuberculosis del pulmón. Pero aun en este caso es preciso dividir en dos grupos las formas hemoptóicas, de pronóstico diferente, distinción que no ha sido hecha hasta ahora y sobre la que deseamos llamar la atención. Las formas hemoptóicas de etapas distantes que van acompañadas ó no de evoluciones moderadas de la tuberculosis pulmonar en los intervalos de la hemoptisis. Las formas hemoptóicas de la tuberculosis pulmonar fibrocaseosa.

I. Formas hemoptóicas de etapas distantes. — Esta forma interesantísima había sido observada ya por los autores antiguos. Andral se ocupa de ella en su curso de patología interna, y Peter en sus clínicas; pero Germain Sée es quien ha descrito mejor las tisis hemoptóicas. En la actualidad no se ha aislado suficientemente esta forma en las descripciones clásicas, si bien Bard insiste bastante sobre la hemoptisis en la forma abortiva de la tuberculosis pulmonar, y Billard ha dedicado á este asunto su tesis. Observaciones nuevas, y el estudio minucioso de los enfermos antiguos, nos han convencido del interés de estos casos, que creemos conveniente dividir en dos grupos:

Primer grupo. *Forma hemoptóica de etapas distantes, sin evolución intercurrente apreciable de lesiones pulmonares.* — Estos individuos tienen varias veces, en ocasiones con intervalo de algunos años, hemoptisis, sin que entre una y otra presenten el menor signo de tuberculosis en evolución: enflaquecimiento, sudores, diarrea, tos, fiebre, etc. La hemoptisis sobreviene de ordinario sin pródromos, sin causa provocadora, punto importantísimo que la distingue de la forma erética. Si es abundante, alarma á los enfermos. Cuando se les ausculta, se descubren á lo sumo algunos estertores que indican la existencia de líquido en los bronquios, rara vez una modificación del murmullo vesicular; jamás se encuentran bacilos en los esputos. ¿Cuál es la patogenia de las hemoptisis de esta forma? En estos enfermos hasta puede dudarse si son verdaderamente tuberculosos, pero si se les observa durante mucho tiempo se ve á veces que, á consecuencia de trabajos exagerados, se presentan signos tuberculosos de poca intensidad. Otras veces, después de cada hemoptisis, todo entra en orden. Puede citarse como ejemplo el enfermo de Andral, que vivió ochenta años, y en el que, al hacer la autopsia, se encontraron numerosos tubérculos cretáceos. Se trata indudablemente en estos enfermos de lesiones con tendencia franca á la cicatrización; su lesión, «afecta en cierto modo de debilidad congénita, no ha podido seguir su evolución normal». Así se expresa Bard al describir la forma abortiva, en la que entran los casos que estudiamos. En estas lesiones, poco extensas y rodeadas de una cubierta fibrosa, son frecuentes las hemorragias, sin que se precise bien su mecanismo, tanto más cuanto que en dichos enfermos las causas ocasionales no desempeñan, al parecer, papel alguno. En los enfermos de este tipo escleroso, de tensión elevada, las he-

moptisis sólo pueden explicarse de un modo satisfactorio por las modificaciones de la tensión arterial.

Segundo grupo. *Forma hemoptóica de etapas distantes, con evolución intercurrente de lesiones pulmonares atenuadas.* — Los enfermos de este grupo tienen también hemoptisis de etapas distantas, pero en los intervalos presentan algunos accidentes tuberculosos. Estos individuos son de buen aspecto y hasta gruesos. Los signos físicos son más acentuados que en la forma anterior. Se encuentra algo de submacidez, de respiración granulosa y algunos estertores subcrepitantes al toser. En ciertos casos se observan signos de enfisema, con lesiones limitadas á un vértice, pero que pueden producir la impresión de una caverna pequeña. Son los tuberculosos enfisematosos tan gráficamente descritos por Bernheim y Rueff. En sus esputos, durante las hemoptisis, se encuentran pocos ó ningún bacilo (Ortal). Las hemoptisis son á veces abundantes, periódicas, y van acompañadas en ciertos casos de algo de fiebre. Estos enfermos, que tuvieron su primera hemoptisis quince ó veinte años antes, una vez que ha pasado esta pequeña tormenta, pueden dedicarse, aunque tengan cincuenta y sesenta años, á sus ocupaciones. Estos enfermos pueden considerarse como afectos de la tisis fibrosa artrítica de los clásicos. Las lesiones son más extensas que en los del primer grupo. Bernheim encontró en la autopsia de un enfermo de este género un vasillo roto en el centro de una caverna esclerosada.

En resumen, en estos enfermos el pronóstico es favorable, más que por la hemoptisis, porque las formas que producen las hemoptisis repetidas son de marcha lenta. Es preciso, no obstante, hacer algunas salvedades, porque estos casos siguen á veces una marcha rápida y terminan por la muerte. Los casos de este género recuerdan la teoría de la tisis *ab hæmopta*, de Morton, en la que la tuberculosis sigue una marcha rápida después de la hemoptisis. Esta teoría se interpreta hoy por la diseminación de los bacilos en el parénquima pulmonar, gracias á la sangre derramada. La forma hemoptóica de marcha rápida de G. Sée, descrita en los tratados, no es más que esta complicación.

II. Formas eréticas de la tuberculosis caseosa. — El tipo que vamos a estudiar es el mejor descrito en las obras clásicas. Los enfermos presentan los signos físicos de la tuberculosis ordinaria ulcerosa, fibrocaseosa, pero con hemoptisis frecuentes, que sobrevienen de ordinario en ciertas condiciones determinadas. Este grupo comprende una parte de los tuberculosos bien cuidados, de la práctica particular; es, en parte, la forma fibrocaseosa congestiva de Bard; es, sobre todo, el grupo de los tuberculosos eréticos. Los signos físicos, variables en cada caso, son los de la infiltración ó el reblandecimiento, más ó menos extensos, con aumento de los ruídos adventicios, que se hacen húmedos durante las hemoptisis. Estas son frecuentes. Los enfermos escupen sangre fácilmente, bajo la influencia de causas ocasionales que indicaremos después. La marcha de estas formas hemoptóicas es muy variable; en ocasiones es lenta. Como dice Bard, á propósito de la forma fibrocaseosa congestiva, el proceso tiende á la localización, pero también á la recidiva, en el mismo sitio. Dichas formas pueden cicatrizar, pero pueden también agravarse y entrar en la forma extensa común, siendo la agravación debida, en parte, á la influencia de estas causas ocasio-

nales. La cuestión de las causas provocadoras de las hemoptisis, adquiere toda su importancia en este grupo de enfermos. Dichas causas ocasionales se han estudiado bastante en estos años últimos y merecen ocuparse de ellas.

Se ha atribuído un papel provocador de hemoptisis á diversas causas metereológicas, climatéricas, á ciertos medios terapéuticos y á algunas circunstancias fisiológicas. Se ha atribuído á la permanencia en las costas favorecer las hemoptisis, pero Lalesque no ha observado que éstas sean más frecuentes en sus enfermos de Arcachón. Se ha culpado á la altura, y Dumaresto teme para sus hemoptóicos las montañas elevadas tanto como las costas. Turban, en 408 enfermos en Davos, sólo ha observado ocho que tuvieron allí su primera hemoptisis, y en 235 que las habían tenido antes, sólo 32 volvieron á padecerla en dicho sanatorio. Se han invocado también las variaciones metereológicas. Según Dumarest, las variaciones termométricas son ineficaces; en cambio figuran como causas productoras de la hemoptisis las variaciones barométricas bruscas, el viento fuerte y la insolación. Janssen, de Davos, y Becker, de Grabowsée, señalan la frecuencia mayor de las hemoptisis en las épocas de gran humedad, que son también las de las infecciones estacionales de las vías respiratorias. Flick y Ravenel niegan el papel preponderante del neumococo en la génesis de las hemoptisis. Tampoco podemos afirmar nada exacto respecto á la influencia que ejercen la cauterización punteada, la tintura de yodo, la creosota, el yoduro potásico y el arsénico, en la génesis de las hemoptisis repetidas. Se ha culpado á la sobrealimentición (Sabourin, Avril). Estos enfermos son, en su mayor parte, de tipo erético, de temperamento nervioso, impresionable, que se congestionan y agitan por la emoción más ligera.

Las hemoptisis, sobre todo las formas de repetición, se reproducen muchas veces con cierta periodicidad curiosísima. Este tipo de congestivos se observa más á menudo en los alcohólicos y se ha sostenido la frecuencia mayor de las hemoptisis en los tuberculosos que han abusado del alcohol. Se encuentra también muchas veces en mujeres, lo que nos conduce á hablar de una forma interesantísima de hemoptisis de repetición, la hemoptisis menstrual. Se han citado las hemoptisis que siguen á la menopausia, y en estos últimos años se han estudiado á fondo los accidentes congestivos y la fiebre pre-menstrual (Daremberg, Riebold, Sabourin, Noucher). Se ha señalado también la coincidencia frecuente de las hemoptisis con las reglas; la hemoptisis suplementaria de las tuberculosas es casi clásica.

El estudio de la tensión arterial ha producido también resultados interesantes. Marfan ha demostrado que en los enfermos cuya tensión es de ordinario normal ó elevada, las hemoptisis son de pronóstico favorable, y que, además, en ellos la tensión es más bien elevada cuando sobreviene la hemoptisis. P. Teissier ha comprobado el mismo fenómeno. Ha observado que la tensión arterial es elevada en los enfermos de hemoptisis incipiente, que se eleva á cada período fluxionario y que permanece elevada en los enfisematosos con tuberculosis fibrosa. Barbarg cree que la hemoptisis tuberculosa es casi siempre función de hipertensión arterial. La menstruación, la menopausia, la sobrealimentación, ciertos medicamentos, en particular los cacodilatos, producen la hipertensión y ésta la hemoptisis. Ortega Morejón

sostiene la misma idea. Las discusiones recientes sobre el tratamiento de las hemoptisis, la tendencia general á sustituir los demás medicamentos por los hipotensores, confirman, al parecer, el papel de la hipertensión arterial en la génesis de las hemoptisis de repetición.

Desde el punto de vista del pronóstico general de las hemoptisis, estos hechos tienen un gran interés porque demuestran que la hemoptisis no indica, como podría creerse, la agravación del proceso anatómico. Al ver repetirse las hemoptisis en ciertos individuos sin que se acelere la marcha de la tuberculosis, es imposible negar que se trata más bien, sobre todo en las formas hemoptóicas de etapas distantes, de un proceso que tiende á limitarse. La ulceración de un vaso constituye una parte ínfima en la patogenia de las hemoptisis. Además, el hecho de que las formas graves, subagudas y agudas, de marcha invasora y destructora rápida, casi rara vez van acompañadas de hemoptisis, es una comprobación negativa que tiene casi tanto valor como las observaciones positivas de benignidad de ciertas formas neoplásicas de repetición. Quizá esta tendencia hemoptóica sea debida á la formación de tejido fibroso, puesto que toda esclerosis es precedida de vascularización y la provocan ciertos venenos más bien esclerósicos y congestivos que caseificantes (Auclair). ¿Debe invocarse también la acción vasodilatadora de algunos venenos del bacilo tuberculoso?

Sea lo que fuere de estos datos patógenos generales, el valor pronóstico de las hemoptisis (excepto las cavernosas), sobre todo el de las de repetición, es más favorable que desfavorable. Este pronóstico no debe deducirse del simple hecho de que el enfermo tenga hemoptisis repetidas. Se fundará más bien en el conjunto de los síntomas que constituyen la forma clínica, en el curso de la cual sobrevienen las hemoptisis. ¿Debe concederse, desde el punto de vista del pronóstico, gran importancia á la coexistencia ó falta de fiebre? Las lecciones clínicas célebres de Jaccoud han hecho considerar como más graves las hemoptisis febriles que las apiréticas. Hay en esta opinión una parte de verdad si se considera que la coexistencia de la fiebre significa que la hemoptisis se ha presentado durante un brote tuberculoso. Mas conviene no olvidar que este brote tuberculoso puede ser muy benigno, abortivo, y por consiguiente, no agravar lo más mínimo el pronóstico general. El estudio minucioso de todas las circunstancias en que se produce la hemoptisis, sirve para confirmar el pronóstico, según que aquélla pertenezca á uno ó á otro de los grupos sintomáticos que hemos intentado describir.

Modo de acción de los procedimientos empleados en el tratamiento de las hemoptesis de los tuberculosos.—El Dr. L. Guinard: No tengo por qué quejarme del uso de la morfina en las hemoptisis, porque haciendo las inyecciones metódicamente y á dosis fraccionadas, no es de temer, más que con otro método, la retención y la acumulación de sangre en los bronquillos ni la infección ulterior de las partes sanas. Kuss cree que con el opio ó la morfina se produce la retención bronquial de las secreciones purulentas y de la sangre. Creo que sus temores son exagerados, sobre todo si le conducen á proscribir sistemáticamente los opiáceos del tratamiento de la hemoptisis ó á emplearlos sólo cuando se ve obligado á ello por una tos refractaria á

todo tratamiento. Estoy completamente de acuerdo con nuestro colega respecto á las precauciones y cuidados que deben tenerse con todo enfermo que escupe sangre y respecto también á la influencia benéfica de una persona experta para tranquilizarse. ¿Pero es fácil encontrar esta persona fuera de los sanatorios y de los hospitales? Generalmente, cuando se llega cerca de un tuberculoso en plena hemoptisis, se encuentran personas alarmadas por la vista de la sangre, y que esperan del médico una intervención rápida que ponga fin á la hemorragia y á todas sus consecuencias. El mismo enfermo, más impresionado que los que le rodean, se halla en un estado de agitación nerviosa, de excitación cardíaca y de eretismo vascular que no calman de ordinario los consejos más prudentes. Contra este estado, perjudicialísimo para la suspensión de la hemorragia, la morfina es un medicamento de gran utilidad. No pretendo, naturalmente, emplearla á dosis elevadas y durante mucho tiempo; sólo debe hacerse en los casos graves, por ejemplo, en los enfermos con cavernas. En las hemoptisis ordinarias, una dosis moderada de morfina (medio á un centígramo) es suficiente para tranquilizar al enfermo y calmar la tos; considero estas dosis como incapaces de oponerse á la expulsión y á la expectoración ulteriores que expulsan la sangre retenida en los bronquios.

Sin el opió y sus derivados no comprendo cómo los accesos de tos, que se consideran necesarias para la expulsión de las mucosidades sanguinolentas, pueden hacerse inofensivas y no traumáticas. Además, é insisto mucho sobre ello, creo que la morfina es algo más que un calmante; pretendo obtener con ella las acciones modificadoras sobre el corazón y sobre la circulación de que ya he hablado, y que considero utilísimas para secundar y sostener los efectos de los vasodilatadores. Pero aunque, por las razones antedichas, recomiendo eficazmente el opio y la morfina en casi todas las hemoptisis, no llego á su empleo sistemático y hay siempre formas en las que esta medicación es inútil por completo.

Respecto al nitrito de amilo me ha parecido, como á todos nuestros colegas que le han empleado y estudiado á fondo, que produce resultados que no permiten dudar de su eficacia, siempre, como dice Kuss, á propósito de la ipecacuana, que la hemoptisis no sea debida á una lesión tuberculosa irremediable, contra la que es inútil toda terapéutica. He dicho lo que he visto sin interpretar los hechos. Kuss y Rist dicen que la vasodilatación producida por el nitrito es efímera, poco duradera, y hasta que puede ser seguida á los pocos minutos de algo de hipertensión. Todo esto merece ser estudiado de nuevo, igual que los experimentos, según los cuales dicho medicamento es un vasoconstrictor pulmonar.

Me ocuparé, para terminar, de la medicación anti-emética. En mi informe he dicho que evitaba las náuseas y el vómito, y creo que es lo que debe hacerse en la generalidad de los casos; ruego que se me permita completar mi pensamiento repitiendo que en ciertas circunstancias (Kuss las indicaba bastante bien hablando de hemoptisis de repetición complicadas con signos de putrefación de la sangre no expectorada) convendría emplear el método de Trousseau. Pero desconfiemos de él, porque es un método brutal que Renon juzga muy cuerdamente diciendo que es una medicación emocionante, á la que se oponen muchas veces los enfermos y los que les rodean.

Nuestro colega aconseja utilizarla sólo en las familias en las que se tiene confianza absoluta.

Añadiré que los efectos del vómito sobre las grandes funciones, en particular la respiración y la circulación, según demuestran mis numerosos trazados é investigaciones experimentales, merecen ser tenidos en cuenta. En el período de náuseas los movimientos cardíacos se aceleran, el pulso se debilita, y el trazado manométrico presenta grandes oscilaciones, con descenso medio de la presión arterial. En el momento del vómito las energías respiratorias se ponen al servicio del esfuerzo expulsivo; el trazado del pulso está muy alterado, igual que la curva manométrica, que experimenta un descenso brusco en el acto del esfuerzo. Inmediatamente después del vómito, la presión, que había sufrido un descenso brusco, se eleva con rapidez, en tanto que los movimientos cardíacos se aceleran de un modo notable y la respiración se hace amplia y profunda. Finalmente, después, cuando las náuseas han cesado al parecer por completo, en el período de reacción, á consecuencia del vómito reflejo por la ipecacuana, se observan grandes oscilaciones de la presión arterial con tendencia moderada á la hipotensión; la diferencia con la normal es sólo de 4 ó 5 milímetros inferior á ésta. Cuanto al pulso, conserva su amplitud ordinaria y se acelera muy poco. Estas modificaciones diversas, variables según los sujetos, pero en ciertos casos grandísimas, se exageran bastante bajo la influencia de una intoxicación microbiana, y por lo mismo creo se debe desconfiar. Por consiguiente, aunque concedo á la ipecacuana todo el valor que merece, creo que en la mayor parte de los casos conviene limitar su uso á las condiciones expuestas.

El Dr. G. Kuss: Cuando hacía objeciones al empleo del opio en el tratamiento de las hemoptisis é indicaba, según muchos autores, los peligros de esta medicación, tuve en cuenta la práctica tan generalizada, y que creo mala, de administrar sistemáticamente en toda hemoptisis dosis elevadas y repetidas de opio, á saber, 10 centígramos de extracto tebáico por día. Es indudable que se consigue así tranquilizar al enfermo y calmar la tos, pero creo también que se agrava á la vez el pronóstico de la hemoptisis favoreciendo la extensión del proceso tuberculoso. Guinard dice que, en las hemoptisis ordinarias, administra medio á un centígramo de morfina, es decir, una dosis á dos y media á cinco veces menor que la que se aconseja de ordinario. Con 5 milígramos de morfina no se corre el riesgo de las secreciones bronquiales, pero dudo que con esta dosis se descienda la presión vascular y se haga más lenta la circulación, fenómenos que Guinard pretende obtener al administrar este medicamento. Estas dosis pequeñas de morfina son útiles para calmar el sistema nervioso del enfermo y para moderar la tos, y creo, como Guinard, que no deben proscribirse en las hemoptisis, pero las reservo para aquellos casos en los que su empleo está indicado por una tos pertinaz ó por la agitación del enfermo, y creo que es preferible tranquilizar antes á éste por otros medios. Deben considerarse como esenciales, desde este punto de vista, la acción psíquica del médico, el silencio, el reposo absoluto, la ventilación conveniente, la buena posición que se hace adoptar al enfermo, el empleo de calmantes anodinos, la disciplina de la tos, etc.; el opio se empleará (á pequeña dosis

y con precaución) sólo cuando sea preciso y no de una manera sistemática y habitual; en efecto, en muchísimos casos puede evitarse su empleo y no hay motivo para plantear la ecuación: hemoptisis = medicación opiácea.

Cuanto á los vomitivos en las hemoptisis, constituyen, como dice Guinard, una medicación emocionante; pero este argumento no tiene gran valor, porque de concedérsele sería preciso renunciar á los baños fríos en los estados tifoideos, á la sábana mojada en las fiebres, á la abertura de las ventanas en las neumonías y bronconeumonías: todos estos procedimientos terapéuticos espantan á los que no están habituados á ellos, á pesar de lo cual son racionales y eficaces. En realidad, la ipecacuana á dosis emética, administrada con método, no provoca en el organismo humano los grandes trastornos que teme Guinard, y que ha observado en sus experimentos de laboratorio. No es posible siempre sacar de lo que se observa en los animales conclusiones aplicables al hombre, porque las condiciones pueden ser completamente distintas en el laboratorio y en la clínica. Puedo decir que en muchos casos los enfermos á los que he administrado un primer emético no manifiestan temor alguno si es preciso prescribir otro, porque han visto que esta medicación es mucho menos molesta de lo que se cree; cuando es molesta lo es, más que por el acto del vómito, por los efectos secundarios que se producen en ocasiones (estado prolongado de náuseas, diarrea), efectos que se producen también administrando la ipecacuana á dosis cortas y repetidas, como aconseja Guinard.

Desde hace siete años he administrado la ipecacuana á dosis emética en muchísimas hemoptisis; éstas son frecuentes en el sanatorio de Angicourt, cuyo clima, muy tónico, reconstituyente en alto grado, favorabilísimo á los tuberculosos apiréticos y dotados de resistencia, expone, por el contrario, á las hemoptosis á los débiles. Hay motivos, lo diré de paso, para invocar, en ciertos casos, una influencia metereológica, cuya acción elemental es aún inexplicable, porque he observado frecuentemente hemoptisis en serie que sobrevienen en un mismo período en varios enfermos. A pesar del gran número de tuberculosos con hemoptisis que he sometido á la medicación emética, jamás he observado efectos desagradables; muchas veces sus efectos favorables han sido evidentes. No puedo, por lo tanto, adherirme á la opinión desfavorable emitida *à priori* por nuestro colega Guinard.

El Dr. H. Barbier: Creo que sería conveniente manifestar que en la práctica el tratamiento de las hemoptisis por los eméticos, ipecacuana y hasta tártaro estibiado, según aconsejaba Bucquoy, conviene, sobre todo y exclusivamente, en las hemoptisis incipientes. Este tratamiento no es útil en los enfermos con cavernas, en los que las hemoptisis son debidas á lesiones vasculares, sobre las que no insisto. El mecanismo de la hemoptisis se presta á observaciones interesantes sobre el papel que pueden desempeñar las lesiones vasculares en cierta edad en su producción. Es, en efecto, curioso, ver cuán rara es la hemoptosis en los niños, aunque se observa en algunos; y esto hasta en las formas difusas y confluentes de los niños de poca edad, en las que puede decirse que es excepcional. No creo pueda decirse que los agentes climatológicos no influyan sobre su frecuencia y aparición. Las grandes alturas, las costas, cuando no se trata de playas, en las que las influencias marinas propiamente dichas — viento, irradiaciones lu-

minosas, etc.—se hallan atenuadas, están á mi entender contraindicadas en los tuberculosos llamados congestivos y que tienen hemoptisis frecuentes. Estoy cada vez más convencido de la importancia de estas influencias físicas, que caracterizan un clima, sobre la repetición ó la recrudescencia de ciertos accidentes que se presentan durante el desarrollo de la tuberculosis del pulmón, y en particular sobre las hemoptisis. Puede decirse, sin que pretenda discutir á fondo este asunto, que hay playas de playas, y que, si bien ciertos tuberculosos, hasta hemoptóicos, obtienen resultados en estaciones marítimas determinadas, hay otras que estos enfermos deben evitar por completo, bajo pena de ver recrudecerse dichos síntomas graves.

El Dr. F. Besançon: En las hemoptisis hay que tener en cuenta, ante todo, el tratamiento del accidente hemorrágico cuando se prolonga y cuando es abundante, y desde este punto de vista creo, como Guinard, que los vasodilatadores, por ejemplo, el nitrito de amilo, están indicados; es preciso también calmar la tos, y si no se consigue con el opio y la dionina, no tengo inconveniente en inyectar una cantidad pequeña de morfina; es necesario, por último, no olvidar los procedimientos que (como la aplicación de hielo) producen reflejos enérgicos y pueden contener así la hemoptisis. El cloruro de calcio, que es un agente útil en ciertos procesos hemorrágicos, dependientes de alteraciones de la sangre, me parece ineficaz en la mayor parte de los casos de hemoptisis, y lo mismo puede decirse del suero gelatinizado, que es además peligroso. El punto más interesante que debe estudiarse es el tratamiento profiláctico de la hemoptisis. Desde este punto de vista merece ser tenida en cuenta la forma clínica de la hemoptisis; ésta, en la tuberculosis, es un accidente importante, y las condiciones que la provocan ó mantienen son muy diferentes.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 29 de Julio de 1908 (1).

Substancia birrefringente de origen inflamatorio. — El Dr. *Pick* enseña preparaciones procedentes de trompas, asiento de inflamación crónica, y en cuyas paredes de dichas trompas se encuentran células que contienen una substancia birrefringente. Esta substancia se encuentra también en otros órganos del vientre, asiento de inflamación crónica, y es eliminada con la orina. Donde quiera que se compruebe la presencia en esta secreción de la substancia referida, es posible que haya que considerarla como patognomónica de la existencia de perturbaciones crónicas de naturaleza inflamatoria.

Efectos producidos por los principios tiroideos.—El Dr. *Friedenthal* presenta figuras representativas del aparato que el Dr. Kraus y él han utilizado en sus experimentos para la obtención de cardiogramas, y expone en pocas palabras las ventajas é inconvenientes de dicho aparato. De los experimen-

(1) Última del presente curso.

tos realizados parece deducirse que, un aumento en los principios tiroideos, provoca también aumento en los principios suprarrenales, y que la disminución de los primeros determina también disminución de los segundos, con lo cual sobreviene mixedema.

El valor de estos experimentos consiste en que nos señalan el camino que debemos seguir para obtener un reactivo que nos revele la presencia de los principios tiroideos, y que nos permita medirlos.

El Dr. *Magnus-Levy* hace notar que la diyodotiroidina ha resultado también ser inactiva en los experimentos relativos al metabolismo nutritivo, y dice que el resultado más importante de los experimentos realizados por los Dres. Friedenthal y Kraus consiste en que, gracias á ellos, vuelve á figurar el bocio en primer término en el cuadro patológico del mal de Basedow.

El Dr. *de Hansemann* refiere que en un gran número de investigaciones ha confirmado el dato de la estructura típica y característica del bocio basedowniano, que dió á conocer antes que nadie Lubarsch, y como resultado de estas investigaciones, previene contra el empleo de los principios tiroideos en el mal de Basedow. En esta enfermedad es frecuente encontrar la persistencia de un timo que está constituído por tejido linfático, y que seguramente no tiene ninguna significación específica; todo lo más desempeña un papel mecánico. De todos modos no se debe olvidar que queda aun después de haber hecho desaparecer el bocio.

El Dr. *Senator* hace constar que hace ya mucho tiempo se ha abandonado la administración de principios tiroideos en el mal de Basedow.

Resección del codo con conservación de la movilidad. — El Dr. *Schmieden* describe el procedimiento de resección del codo, ideado por Helferich, y que se emplea en la clínica de Bier. Consiste en una resección muy somera y arciforme del húmero, hecha con la sierra, y extirpación de la superficie articular del cúbito, conservando la apófisis coronoides y el olécranon, y seguidas de la implantación de un colgajo muscular tomado del triceps, entre los huesos resecados. Sutura primitiva. Para el buen resultado importa mucho proceder pronto á la ejecución de movimientos y prestar mucha atención al tratamiento consecutivo.

Si el periostio está muy engrosado, es preferible resecarlo también, pues de lo contrario nos exponemos á un fracaso. Y el mismo riesgo se corre cuando se necrosa el colgajo muscular, eventualidad que se evita, mejor que con ningún otro procedimiento, procurando que su pedúnculo sea bien ancho.

Las indicaciones de la resección del codo con autoplastia, las constituyen fundamentalmente la tuberculosis, la anquilosis ocasionada por fracturas ó luxaciones inveteradas, la rigidez articular en actitud de extensión y la anquilosis blenorrágica ó inflamatoria de otro origen. Las contraindicaciones son la tuberculosis florida y los casos con fístulas.

En el último año se han operado del modo descrito 14 casos con 6 éxitos completos, 4 mejorías muy notables y sólo 1 caso de artritis deformante con mal resultado.

El autor presenta á varios pacientes que han sido operados con resultado muy satisfactorio.

El Dr. *Gluck* hace mérito de su procedimiento, hace tiempo publicado, de implantación de colgajos cutáneos entre los extremos articulares resecados, y dice que también le ha dado muy buenos resultados.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Diagnóstico del embarazo extrauterino. — El Dr. G. R. Holden dice que no hay signos patognomónicos del embarazo extrauterino. La existencia de una masa en la pelvis no es constante. Muchas veces sólo puede hacerse el diagnóstico averiguando todos los síntomas y comparando el pro y el contra de la gestación ectópica. Los antecedentes son difíciles de obtener en ciertas mujeres. Los síntomas más importantes son la amenorrea seguida de un dolor abdominal fuerte y después de hemorragia vaginal abundante. Si se descubre entonces en la cavidad pelviana una masa unilateral, se trata probablemente de un embarazo extrauterino que se ha roto ó de un aborto tubario. El diagnóstico, antes de la ruptura ó del aborto tubario, sólo puede hacerse cuando existen síntomas que inducen al médico á reconocer detenidamente la pelvis.

(*American Journal of Obstetrics*). — F. TOLEDO.

Tratamiento de la hiperhidrosis unilateral con los rayos Röntgen.—En concepto del Dr. Julio Friedländer, de Francfort, la hiperhidrosis unilateral es una anomalía secretoria manifestada bajo la forma de una perturbación unilateral de la inervación sudoral. Como esta perturbación puede estar localizada en diversos puntos del aparato nervioso sudoral aortico-cutáneo, habrá que distinguir entre una forma periférica y otra central de la hiperhidrosis unilateral. Ambas formas se presentan aisladas ó como accidente, en sanos ó en enfermos, y tienen un carácter marcadamente crónico, pero también absolutamente benigno.

El tratamiento eléctrico, medicamentoso ó hidroterápico ha dado, hasta la fecha, muy pocos resultados. En cambio los promete mucho más favorables el que propone Kromayer, y que consiste en el empleo de los rayos Röntgen á altas dosis hasta producir una dermatitis rontgenoniana de primer grado. Dicho autor ha conseguido, sin dañar el resto de la piel y con pocas sesiones de rayos Röntgen, hacer desaparecer la secreción sudoral de las manos por completo en cinco casos de hiperhidrosis, por consecuencia de la atrofia de las glándulas sudoríparas producidas por los rayos referidos.

Si nuevas observaciones llegan á confirmar tan favorables resultados, tendríamos en este procedimiento de anulación artificial de las glándulas sudoríparas un remedio sencillísimo, inofensivo y radical de la hiperhidrosis unilateral.—(*Deutsche Med. Wochenschr.*, 23 agosto).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CUERPO EXTRAÑO EN LA LARINGE

POR EL

DR. D. EDUARDO G. GEREDA

Director de la Clínica otorinolaringológica de la Virgen de la Paloma.

Manuel Gutiérrez y González, natural de Aranda de Duero, provincia de Burgos, de diez años de edad. Ingresó en la clínica el día 28 de febrero del año próximo pasado, siendo inscripto en el libro de filiación con el núm. 2.769. Padecía un gran acceso de sofocación. Aquel niño se ahogaba por momentos.

Apenas me vió se agarró con ansia á mis brazos, cual á una tabla salvadora, y estirando hacia atrás nerviosamente su cuello, de abultadas venas, como para aliviar en algo un gran cornaje respiratorio que le atormentaba, la pobre criatura mímicamente me imploraba auxilio con su semblante pálido y desencajado y con sus ojos enrojecidos y llenos de terror.

De vez en cuando tosía y esputaba, aunque con dificultad, pequeñas cantidades de sangre; y á cada golpe de tos, á cada ruído de ecos secos, convulsivos y estridentes, sus tembloncillas manos se desasían de mí para llevárselas á la garganta y para gesticular desordenadamente, como si un agudísimo dolor le atormentase en aquellos momentos.

Pedí antecedentes á la familia, y ésta me refirió que el día 20 de febrero, ó sea ocho días antes de la fecha á que me refiero, estando el niño comiendo sopas de ajo en su pueblo, «se le fué por mal sitio» una cosa, no saben cuál (aun cuando sospechan fuera ésta una corteza de pan), atragantándole hasta el punto de quedarse amoratado y casi sin vida.

Uno de la familia le metió entonces los dedos en la garganta, y

aun cuando no encontró nada, no sabe si por esto ó por unas insuflaciones de aire, que también le hicieron con un fuelle, el niño recobró poco á poco la respiración, para volver luego á ser víctima de otros nuevos accesos de sofocación, que se repetían á cada paso y siempre al final de violentísimas quintas de tos.

El muchacho iba de mal en peor y la familia, alarmada, como es lógico, llamó aquella misma noche á los cuatro médicos de Aranda, Dres. Berrojo; Escolar, Martínez y Bezzara, los cuales noblemente confesaron desconocer la causa de aquellos ataques de asfixia, si bien desde luego sospecharon la existencia de algún objeto intruso en la laringe. Carecían en aquellos momentos del material necesario para la laringoscopia.

Figura 1.

A las cuarenta y ocho horas, los accesos de sofocación decrecieron de número é intensidad, y, últimamente, días antes de yo reconocerle, se repitieron muy poco, cuando más una ó dos veces por día. La tos hízose luego también menos violenta y el dolor, la afonía y el cornaje fueron tan sólo los únicos síntomas que persistieron de todos los ya anteriormente enumerados.

En tal estado de cosas, y por indicación de los mismos médicos, la familia decidió traer el niño á Madrid, donde una vez ya, un distinguido compañero le hizo algunas tentativas infructuosas para extraer el cuerpo extraño, exacerbándosele desde entonces las quintas de tos y la disnea, los dos sítomas más alarmantes del día primero. El cuerpo extraño, en alguna de aquellas tentativas de extracción, hechas probablemente sin instrumental *ad hoc*, había cambiado de sitio, no cabía duda.

Renació de nuevo la alarma, y por la proximidad del sitio donde se hospedaba, condujeron al enfermito á la Casa de Socorro del distrito del Centro, y allí mis dignos compañeros los médicos de guardia, me hicieron el honor de enviármele á mi consulta, con el cuadro clínico ya descrito en párrafos anteriores. . . . . .

. . . . . .

Enterado, por tanto, de la anamnesia, practiqué la laringoscopia, notando, en efecto, en la laringe la existencia del cuerpo extraño que todos sospechábamos.

Al fondo de un vestíbulo muy rojo, erosionado y tumefacto, y entre unos rodetes infracordales, también inflamatorios, en dirección anteroposterior, había un obstáculo lineal blanco mate, como erizado de dos ó tres espinitas, que dejaba á cada lado una rendija para el paso del aire, y que yo desde luego traduje, no precisamente por un pedacito de pan, como decía la familia, sino por una pequeña astilla ó, mejor aún, por un trozo de delgado tallo desprovisto de hojas.

Fig. 2. — Fotografía de la hoja de encina. (Doble tamaño del natural).

Comuniqué mi impresión á los acompañantes, y haciéndoles ver al mismo tiempo lo apurado del caso y la probable necesidad de una intervención cruenta, mientras mi ayudante preparaba (por si fuere preciso) el instrumental necesario para la traqueotomía cogí unas pinzas de pólipos y me dispuse á vencer las dificultades que para la extracción de aquel cuerpo extraño por vía endolaríngea se me presentaba. Estas dificultades eran: en primer lugar, las cortas dimensiones de aquella laringe de diez años, pequeña ya por sí y más pequeña aún por el estado inflamatorio traumático que el objeto intruso, espoloneado por la tos, lógicamente había producido, hinchando y erosionando el vestíbulo.

En segundo lugar, la ausencia de toda anestesia, incluso la general, que me hubiera tal vez complicado más la situación, dada la gravedad del caso, lo muy acentuado de la disnea; y en tercero y último, los movimientos bruscos y desordenados que realizaba el enfermito en aquellos momentos tan difíciles, en aquella terrible lucha por la vida.

Para la intervención se precisaba una gran serenidad, un dominio absoluto del pulso, si bien también se requería, repito, una región anestesiada y una inmovilidad completa del enfermo. La pinza laríngea debía caer, sin vacilaciones, inmediatamente encima del cuerpo extraño. Yo tal intenté, pero me fué imposible; el niño variaba la

dirección de mi mano y la laringe protestaba con sus reflejos defensivos, estrechándose rápidamente, como por resorte, y produciendo una tos sanguinolenta que á más de enrojecerme el espejillo me imposibilitaba proseguir la más pequeña maniobra.

El muchacho sufría los tormentos de la asfixia, se movía desordenadamente, buscaba aire por todas partes, y tales eran sus manoteos y sus movimientos de cabeza, que fué preciso sujetarle entre dos personas.

A la cuarta ó quinta intentona, no recuerdo bien, conseguí no sólo tocar con la pinza el cuerpo extraño, sino extraerle aprisionado entre sus antenas. ¡Qué momentos aquellos más hermosos!... A la inefable sensación de alegría experimentada, había que añadir la sorpresa de tener entre mis manos el cuerpo extraño, no como yo me lo imaginaba, no como lo creí ver momentos antes, sino completamente distinto.

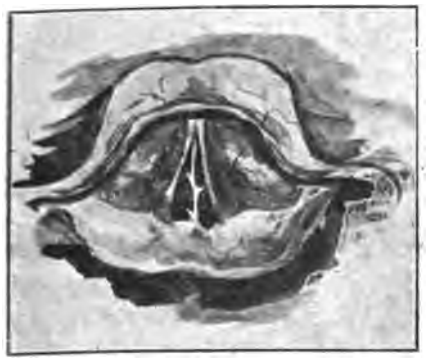


Fig. 3.—Imagen laringoscópica observada.

El objeto alojado en la región infracordal de aquel niño no era una astilla ni un trocito de tallo, sino una hoja seca de encina que con los pinchos afilados de su borde se había enclavado firmemente en la mucosa laríngea.

A la observación laringoscópica se me presentó de canto, en la forma que indica la fig. 3, y de aquí, pues, el error de mi primer diagnóstico.

De todos los casos de cuerpos extraños de laringe que tengo vistos en mi práctica profesional (tres de sanguijuelas, dos de espinas de pescado y uno de botón de bota con su alambre sujetador), ninguno revistió los caracteres de inminente gravedad como el presente. Tal fué el grado de destrucción é hinchazón causado por las puas afiladísimas de sus bordes.

Cuatro días después de esto estuve curándole la laringe, y aun cuando el chico tuvo luego que marchar á su pueblo y no siguió el tratamiento local por mí impuesto, según noticias particulares mejoró rápidamente, hablando claro y sin dificultad alguna.

La hoja de encina cayó, sin duda, á la cazuela de la sopa al tiem-

po de partir leña para la lumbre, por la circunstancia de estar el hogar de los pueblos, como sabemos, casi á nivel del pavimento, y penetró en la laringe en una inspiración brusca, en un movimiento de deglución del niño, comiendo deprisa y desordenadamente.

Los fenómenos que ocasionó enclavándose en la glotis, fueron también los ya conocidos de todos: 1.°, los de protesta laríngea, y 2.°, los de tolerancia relativa, estado este último que volvió nuevamente á ocasionar grandes trastornos respiratorios, agravando aquel cuadro temporalmente adormecido, por cambiar sin duda de sitio, afectando otra nueva región, tal vez una zona más inferior de la que primitivamente ocupaba.

Fig. 4.—Esquema de la posición que ocupaba el cuerpo extraño en la laringe.

Lo demás, creo que no merece el trabajo deductivo de las reflexiones. ¿Que debí traqueotomizar desde el primer instante? ¿Que debí haber empleado los tubos de Killian? ¿Que me debí aventurar á las consecuencias de una anestesia general, etc.? ¡Dios sabe las que pudieran hacérseme!

Yo intervine por vía endolaríngea, é intervine con las pinzas usuales de pólipos. El procedimiento se vió coronado por el éxito, y no es poco en aquellos momentos donde no había ni tiempo apenas de pensar, cuanto más de hacer los preparativos necesarios para las otras intervenciones. No se podían desperdiciar los instantes.

Un individuo que se ahogaba por momentos fué á ver á Dupuytren, dice Chelins en su *Tratado de Cirugía*. Comiendo patatas se había tragado una entera, que llevaba detenida á la entrada del esófago.

Dupuytren le curó instantáneamente, y ¿sabéis cómo?... despachurrando la patata con los dedos á través de los tegumentos del cuello.

Algo persuasivo, en verdad, me parece este procedimiento que, además de acabar con la patata, tiene los peligros de acabar con la vida del enfermo; pero como quiera que le resultó bien, y como es muy varia la conducta que hay que seguir en casos especiales como aquél, y todos lo comentan y no con las deducciones que debieran, he aquí por qué yo también me animo á publicar el mío.

GLAUCOMA AGUDO DE NATURALEZA GRIPAL

POR EL

DR. D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid.

La gripe, como todas las enfermedades infecciosas, puede ocasionar la explosión de un ataque agudo de glaucoma en un individuo predispuesto ó que ya hubiese sufrido algún otro ataque glaucomatoso.

A los casos que ya hemos publicado de glaucomas agudos de naturaleza gripal (1), podemos añadir el siguiente, que creemos ofrece algún interés clínico.

D. V. P., de cuarenta y seis años de edad, es sifilítico desde hace quince años, y aunque ha tenido diversas manifestaciones de esta enfermedad y su esposa muchos abortos, jamás se ha puesto en tratamiento. Es, además, muy fumador y algo bebedor.

Respecto á su aparato de la visión, tiene fuerte hipermetropía que le ha obligado á usar lentes convexos desde la edad de veinte años para todo trabajo de cerca, y desde hace cuatro años los tiene que usar cada vez más fuertes.

Este enfermo tiene perdido completamente el ojo derecho desde hace diez años, que le perdió de un modo lento, sin sufrimiento alguno y sin consultar con ningún oculista, desde cuya época no percibe siquiera la claridad.

No se ha preocupado de la pérdida de este ojo, porque veía perfectamente con el izquierdo mediante el auxilio de sus lentes.

Diciembre 15 *de* 1907. — En este día el paciente experimenta dolor de cabeza, quebrantamiento de cuerpo y malestar general, seguido de un acceso febril que empieza por varios escalofríos.

Diciembre 16. — La fiebre remite por la mañana, pero en la tarde sube de nuevo la temperatura, aparecen dolores en todo el cuerpo, que obligan al paciente á llamar á un compañero que se encargue de su asistencia. Dicho Profesor diagnostica el padecimiento de gripe, y dispone el salicilato de sosa.

Durante la noche empieza á observar el paciente que los dolores de la cabeza se extienden hacia el ojo izquierdo, único con que ve,

(1) *Medicina Contemporánea*, núm. 14, 1898.

que los objetos los ve turbios, como á través de una gasa, y en fin, que alrededor de las luces existen aureolas con los colores del iris.

Día 17. — Durante la mañana de este día los síntomas oculares se han acentuado tanto, que el enfermo solamente aprecia los bultos, los dolores son muy intensos, lo cual alarmó al Profesor de cabecera y reclamó una consulta con un oculista, la que celebramos la noche de este mismo día. Entonces pudimos comprobar el siguiente estado actual.

Ojo derecho. — Está duro, la pupila dilatada, los medios del ojo transparentes y por el examen oftalmoscópico observamos profunda excavación papilar. No percibe la claridad. Se trata de un ojo que sufre de un glaucoma absoluto que se ha constituído lentamente y sin dolor alguno.

Ojo izquierdo. — Córnea turbia, deslustrada; inyección periquerática; lagrimeo y fotofobia. La pupila está muy dilatada. No puede observarse el fondo del ojo por la turbieza de la córnea y del vítreo.

La tensión ocular está aumentada y los dolores son intensos en el ojo y en toda la mitad izquierda de la cabeza.

Solamente cuenta los dedos á 20 centímetros con alguna neblina y los objetos los aprecia como bultos rodeados de espesa niebla. No conoce á los individuos de su familia. Alrededor de los focos luminosos aprecia círculos de diversos colores.

La fiebre ha remitido, pero la inapetencia, la blancura de la lengua y el mal sabor de boca nos indican la existencia de una saburra gástrica.

Se trataba de un ataque agudo de glaucoma del ojo izquierdo que se ha había presentado en un individuo que padecía gripe febril desde hacía cuatro días y que ya había perdido el ojo derecho por un glaucoma crónico é indolente.

Dispusimos instilaciones de la disolución de nitrato de pilocarpina al 2 por 100, cada seis horas, á ambos ojos. Quinina al interior y dieta láctea.

Día 18.—Han disminuído los dolores del ojo y de toda la cabeza, la pupila empieza á reducirse y es menor la tensión ocular. Continúa la pilocarpina y al interior se dispone el salicilato de sosa en vez de la quinina. Cuenta dedos á un metro de distancia.

Día 19.—La pupila tiene el diámetro casi normal, ha cesado el dolor ocular y cefálico, la córnea está más clara, la tensión es normal y puede ya examinarse el fondo del ojo, aunque con alguna dificultad. La agudeza visual ha aumentado considerablemente.

Día 20.—Miosis, tensión normal, nada de dolor, la córnea y el vítreo han recobrado su completa transparencia, lo que permite el examen del interior del ojo, donde no se observa nada anormal. La visión puede considerarse como normal. Se analiza la orina y se comprueba que los cloruros se han reducido á un tercio de la cantidad normal; también existe una disminución en la cantidad de urea.

Día 21.—El enfermo está completamente bien; se le da de alta, aunque aconsejando siga algunos días usando la pilocarpina.

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta que se trata de un arterioesclerósico por antigua sífilis, para la que nunca ha usado tratamiento alguno, se le aconseja se sometiera al uso de las inyecciones de biyoduro de mercurio.

A los cuatro meses del ataque de glaucoma vimos á D. V. P., y el ojo izquierdo estaba completamente normal, no había reducción alguna del campo periférico de la visión ni de la agudeza visual, ni se ha vuelto á presentar ningún otro síntoma de glaucoma. Ve perfectamente con sus lentes convexos y continúa dedicándose á su profesión de agente de negocios, que le obliga á trabajar muchas horas al día en su despacho.

Es notable en este enfermo la circunstancia de presentarse un ataque agudo de glaucoma, durante el curso de una gripe febril de poca intensidad, y la facilidad con que pudo dominarse totalmente en cinco días con las instilaciones de pilocarpina, usadas á las veinticuatro horas de iniciarse el ataque glaucomatoso.

Es también digno de notar la diversa forma con que apareció el glaucoma en el ojo izquierdo, donde tuvo lugar de un modo brusco, agudo, con ocasión de la fiebre gripal, y la del derecho, donde el glaucoma se presentó de un modo lento, indolente, insidioso y que condujo á la completa ceguera de este ojo.

La considerable disminución que sufrieron los cloruros en la orina de este enfermo durante el ataque glaucomatoso, debe señalarse hoy que los últimos estudios sobre el glaucoma tienden á dar nueva importancia á aquéllos en la génesis de este padecimiento.

La arterioesclerosis del enfermo, motivada por su sífilis, el alcoholismo y el tabaquismo en un individuo de buena edad todavía, explica la predisposición al glaucoma del ojo derecho á los treinta y seis años de edad y del izquierdo á los cuarenta y seis.

En fin, debe señalarse en este enfermo, que goza de buena posición social, la carencia absoluta de todo tratamiento, tanto para la sífilis como para el glaucoma del ojo derecho.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL DOCTOR

DON EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

Sumario: I. Tratamiento de la calvicie precoz.—II. Fórmulas para calcular las dosis de medicamentos que deben prescribirse á los niños.—III. El platino coloide contra la tuberculosis pulmonar.—IV. Soluciones de atoxil y de biyoduro de mercurio para el tratamiento de la sífilis.—V. Indicaciones de las inyecciones subcutáneas de suero artificial.—VI. Las inyecciones intraperitoneales de glicerina yodofórmica como tratamiento curativo de la ascitis tuberculosa.—VII. Contra las hemoptisis.—VIII. El permanganato de potasio contra los sudores fétidos de los piés.—IX. La sangría como tratamiento de ciertas complicaciones de la fiebre tifoidea.

I. **Tratamiento de la calvicie precoz.**—Para luchar eficazmente contra esta enfermedad, que cada día se encuentra más generalizada entre el sexo masculino, es de todo punto indispensable instituir la oportuna medicación, desde que empieza á observarse la caída de los cabellos, y como dicho período inicial pasa casi siempre desapercibido, el Dr. Saulfeld aconseja en *Therapeutische Monatshefte*, recoger durante tres días cuantos cabellos se desprendan al peinarse y separar los que terminen por un corte limpio, señal indudable de haber sido seccionados por las tijeras, de aquellos otros que presenten una de sus extremidades en forma de punta. El número de los últimos no debe exceder de la cuarta ó quinta parte de la totalidad de cabellos recogidos.

Cuando la proporción es mayor, debe comenzarse en seguida el tratamiento por la tannobromina, remedio que, á juicio del referido colega, es muy superior á todos los demás productos recomendados hasta ahora con el mismo objeto, y que, por otra parte, posee la gran ventaja de poder servir lo mismo para la seborrea que para la hiperqueratosis; todo se reduce á prescribir soluciones diluídas contra la segunda, y soluciones más concentradas contra la primera.

La tannobromina es un polvo amorfo de color parduzco, insoluble en el agua, pero muy soluble en el alcohol. Representa una combinación bien definida y estable del aldehído fórmico con el dibromo-

tanino, conteniendo muy cerca de 30 por 100 de bromo, gracias al cual posee propiedades antipruriginosas bastante acentuadas.

En los casos de hiperqueratosis se puede prescribir:

Tannobromina	1 gramo.
Vaselina amarilla	29 —

Para uso externo.

ó bien:

Acido salicílico	50 á 75 centígramos.
Tannobromina Tigenol Tintura de cantáridas	d. c. c. 1 gramo.
Esencia de rosas	I gota.
Tuétano de buey	c. s. para 30 gramos.

Para practicar una fricción tres veces por semana al acostarse. Cuando se inicie la mejoría, bastará con dos fricciones durante el mismo espacio de tiempo.

Si se trata de seborrea, se comenzará por practicar todos los días un lavado de la cabeza con jabón de azufre, y después de haber secado bien la piel y los cabellos, se aplicará cualquiera de las preparaciones siguientes:

Tigenol	2 gramos 50 centígr. á 5 gram.
Alcohol	100 —

Uso externo.

Tannobromina Tigenol	d. c. c. 2 gram. á 5 gram.
Alcohol diluído	c. s. para 100 gramos.

En casos de seborrea ligera, bastará con una solución de hidrato de cloral al 5 por 100, en una mezcla de agua y alcohol á partes iguales.

A medida que se acentúe el alivio, debe disminuirse el número de lavados, y si el cuero cabelludo resultase muy seco, se friccionará de cuando en cuando con una pomada al centésimo, de tannobromina.

II. **Fórmulas para calcular las dosis de medicamentos que deben prescribirse á los niños.**—Las más empleadas son las de Young, Cowling y Charler.

Fórmula de Young.—Añádase 12 á la edad del niño, y divídase el número de los años que tenga este último por el resultado de la suma anterior.

Por ejemplo, para un niño de dos años, tendremos:

$$2 + 12 = 14$$
$$2 \text{ dividido por } 14 = \frac{1}{7}$$

Es decir, que la dosis correspondiente á dicho enfermito deberá ser la séptima parte de la correspondiente á un adulto.

Fórmula de Cowlin. — Añadir 1 á los años del niño y dividir el total por 24.

Así, pues, en el mismo ejemplo anterior, $2 + 1 = 3$, número que dividido por 24 da $^1/_8$.

Fórmula de Charler.—Charler calcula la dosis del adulto como si se tratase de un hombre de 150 libras de peso y cree que las de los niños no deben ser proporcionales á su edad, sino al peso de su cuerpo.

Por lo tanto, la dosis para un niño de 10 libras será $^1/_{15}$ de la del adulto, la de otro de 15, $^1/_{10}$ y la de otro de 25, $^1/_6$.

III. **El platino coloide contra la tuberculosis pulmonar.**—El Dr. J. Manfrini ha escogido este producto para sus investigaciones por considerarlo dotado de una acción oxidante muy superior á la de todos los demás fermentos metálicos. Sus ensayos recayeron sobre ocho enfermos, cada uno de los cuales recibió, por término medio, de 60 á 80 inyecciones intramusculares de 5 cent. cúb. de platino coloidal, comenzando por la dosis de 1 cent. cúb. cada veinticuatro horas para llegar, poco á poco, hasta la máxima de 5.

Diariamente se practicaba el examen químico y microscópico de las orinas; todas las semanas el de la sangre, y dos veces al día se tomaba la temperatura y se determinaba el estado de la presión sanguínea.

Del conjunto de las observaciones recogidas deduce el autor las conclusiones siguientes:

Las inyecciones de platino coloidal no son tóxicas ni aun empleadas á altas dosis. No producen reacción irritativa ni inflamación local; se absorben con gran rapidez, no son dolorosas y resultan muy bien toleradas por los enfermos. Sólo en un caso la inyección produjo vivo dolor á un individuo de gran irritabilidad nerviosa y que no se prestaba de buen grado al tratamiento.

Dichas inyecciones disminuyen considerablemente la temperatura febril, siendo este un efecto observado en todos los enfermos. Al principio la duración del mismo era muy corta, pero después, á medida que se fué avanzando en la medicación, los descensos térmicos

se hicieron más pronunciados y más largos, hasta llegar á un período en el que sólo existía una pequeña diferencia de algunas décimas de grado entre la temperatura matinal y la vespertina. Lo propio ocurre con la tensión arterial: los primeros días se eleva tan sólo transitoriamente; más tarde, el referido aumento se lleva á cabo de una manera constante y definitiva. El pulso se hace también más fuerte, más regular y más lento; la disnea se atenúa gracias á la mayor amplitud y menor frecuencia de los movimientos respiratorios, y los cambios nutritivos se modifican, por último, en sentido muy favorable, manifestándose la precitada modificación por un ascenso progresivo del coeficiente de utilización del nitrógeno y del ácido úrico.

No se han podido comprobar modificaciones especiales en lo que se refiere al número de glóbulos rojos y blancos, pues todo se reduce al aumento de eritrocitos y de la tasa de hemoglobina cuando las condiciones del enfermo mejoran. En cuanto á la fórmula leucocitaria, tampoco se han observado las profundas modificaciones señaladas por Robin y Weill; sólo se ha visto un mayor número de eosinófilos y de formas de transición, pero sí se ha encontrado, como ya hicieron notar los referidos Profesores, mayor cantidad de linfocitos, lo cual demuestra que el platino coloide, aumentando las resistencias del organismo contra la infección y favoreciendo la fagocitosis, disminuye el proceso hemolítico que con tanta frecuencia acompaña á las lesiones tuberculosas.

No se puede, por lo tanto, afirmar que el indicado producto desenvuelva una acción específica contra tan grave padecimiento, pero mejora, casi normaliza las funciones de nutrición, respiración y circulación de los enfermos, limita, circunscribe, por decirlo así, la extensión del mal y, como consecuencia inmediata de todas estas modificaciones, multiplica en alto grado las probabilidades de curación.

Prueba de ello es que el examen clínico de los enfermos á su salida del hospital revela una considerable atenuación de los desórdenes broncopulmonares, y el radiográfico muestra á su vez cómo se reduce ó atenúa la opacidad correspondiente á la zona pulmonar infiltrada. Sin embargo, los bacilos de Koch se siguen encontrando en los esputos, lo mismo antes que después del tratamiento, por un gran número de inyecciones.

Este hecho concuerda con las observaciones de Robin, relativas á individuos afectados de meningitis tuberculosa. Los fermentos

metálicos dan lugar á una inesperada defervescencia de casi todos los síntomas, y á la desaparición de los de carácter infeccioso, acompañada de gran leucocitosis y eliminación considerable de materias tóxicas, pero el proceso fundamental de la infección no sufre, por el contrario, modificación alguna.

IV. **Soluciones de atoxilo y de biyoduro de mercurio para el tratamiento de la sífilis.**— El empleo de ambas substancias á un mismo tiempo no es peligroso, como se había creído hasta ahora. A lo menos, así lo afirma el Dr. Sabrazés, después de repetidas experiencias.

En cuanto á la manera de preparar las soluciones, M. Labat recomienda las siguientes fórmulas:

Atoxilo	10 gramos.
Biyoduro de mercurio	50 centígramos.
Yoduro de sodio	5 gramos.
Agua destilada	c. s. para 100 cent. cúb.

Cada cent. cúb. contiene 5 miligramos de biyoduro y 10 centígramos de atoxilo.

Atoxilo	10 gramos.
Biyoduro de mercurio	20 centígramos.
Yoduro de sodio	2 gramos.
Agua destilada	c. s. para 100 cent. cúb.

Cada cent. cúb. contiene 2 miligramos de biyoduro y 10 centígramos de atoxilo.

Estas soluciones se distribuyen en ampollas de vidrio amarillo, y se esterilizan por tindalización.

El cloruro de sodio, que forma parte de ambas fórmulas, tiene por objeto disolver la sal de mercurio, evitando al mismo tiempo que precipite el compuesto arsenical.

V. **Indicaciones de las inyecciones hipodérmicas de suero artificial.**—En el *Journal des Praticiens* hacen notar los Dres. Huchard y Fressinger el exagerado empleo que en estos últimos años se viene haciendo de las inyecciones de solución fisiológica de cloruro de sodio.

A juicio de los indicados Profesores, esta abusiva administración del suero artificial no deja de tener grandes inconvenientes, pues las indicaciones del referido método quedan, á su modo de ver, reducidas á un número bien limitado de casos.

El trabajo, muy interesante por cierto, de que nos venimos ocupando, finaliza con las siguientes conclusiones:

1.ª Las inyecciones de suero suelen ser, por regla general, peligrosas en las afecciones renales y cardíacas; nunca deben emplear-

se en dichos estados patológicos más que con grandes precauciones, en dosis moderadas (50 á 100 cent. cúb.), y utilizando el sulfato de sosa en vez del cloruro sódico.

2.ª Las inyecciones de suero suelen ser muy útiles en las infecciones agudas, en las que se administrarán en dosis medias de 100 gramos diarios; pero no debe confiarse demasiado en sus efectos, pues el aumento de tensión arterial que las mismas producen no parece ser mayor que el que determina las inyecciones hipodérmicas de aceite alcanforado, y la fagocitosis que se observa después de cada inyección suele ir seguida de resultados inciertos. Téngase en cuenta que los mayores beneficios se obtienen cuando se trata de combatir los accidentes hemorrágicos de estas mismas infecciones.

3.ª En las intoxicaciones, el resultado de las inyecciones de suero es muy variable, y hasta pueden resultar nocivas en caso de lesión renal concomitante (eclampsia, uremia, saturnismo, quemaduras, etcétera).

4.ª En cambio, dichos resultados son excelentes en las grandes hemorragias, pérdidas acuosas exageradas, diarreas, vómitos, y en general en todas las enfermedades que se traducen por una exagerada deshidratación del organismo.

Cuando se trate de estados adinámicos (neurastenia), podrán administrarse, sin inconveniente alguno, disoluciones más concentradas y en dosis más débiles (2 á 4 cent. cúb.); pero no se emplearán jamás en la úlcera de estómago, pues vendrían á aumentar la hiperclorhidria ya existente.

VI. **Las inyecciones intraperitoneales de glicerina yodofórmica como tratamiento curativo de la ascitis tuberculosa.**—Según el Dr. R. Schömann (de Westphalia), pueden obtenerse en la ascitis tuberculosa resultados verdaderamente notables, y por lo menos, tan rápidos y beneficiosos como los que se alcanzan con la laparotomía, haciendo uso de las inyecciones de glicerina yodofórmica, en la cavidad peritoneal, procedimiento menos peligroso, y sobre todo mucho más sencillo y al alcance de todos los médicos.

He aquí cómo se procede: después de verificar la punción de la pared abdominal, dando salida al líquido del derrame, se introducen por la misma cánula 1 ó 2 cent. cúb. de glicerina yodoformada al 1 por 100, repitiendo la inyección cada cuatro ú ocho días, según el estado del enfermo, y aumentando cada vez más la concentración de la emulsión hasta llegar á prepararla al 5 por 100.

El autor ha tratado hasta ahora siete casos, dos de los cuales correspondían á niñas de dos y ocho años, consiguiendo la completa desaparición del derrame después de la segunda dosis, y sin que haya vuelto hasta ahora á reproducirse. En los demás casos, la duración del tratamiento osciló entre tres y siete semanas, y sólo en una joven atacada de peritonitis tuberculosa, coincidiendo con lesiones del vértice izquierdo, accesos febriles y sudores nocturnos, el derrame abdominal no desapareció completamente hasta después de dos meses y medio; pero en todas las observaciones el resultado final fué siempre el mismo: todas terminaron por una curación definitiva.

El Dr. Grattery (de París) ha obtenido beneficios muy semejantes en cuatro enfermos del referido proceso tuberculoso, practicando inyecciones intramusculares de guayacol yodofórmico á la dosis de 5 centígramos de guayacol y 1 de yodoformo por centímetro cúbico de aceite esterilizado para inyectarlo cada dos días.

Las observaciones de este último Profesor se refieren á una joven de veintitrés años, á otras dos enfermas, jóvenes también, atacadas de peritonitis tuberculosa de forma ascítica clásica, y á otra de tuberculosis pleuroperitoneal con fiebre y estado general bastante deplorable.

El primer caso curó á las tres semanas, el segundo y tercero después de 10 ó 12 inyecciones, y el último al mes y medio.

Grattery ha hecho desaparecer también con el mismo tratamiento algunos derrames pleuríticos bastante abundantes.

VII. **Contra las hemoptisis.** — Los Dres. Schrœder y Kaufmann recomiendan con gran entusiasmo la fórmula que copiamos á continuación:

Acido gálico.....	d. c. c. 1 gr. 50 centig.
Ergotina.....	
Clorhidrato de quinina.....	d. c. c. 1 gramo.
Acido clorhídrico...	
Agua de canela.....	60 gramos.

Para tomar una cucharada de las de café cada dos horas.

En los casos graves introducen debajo de la piel 100 ó 150 centímetros cúbicos de una solución esterilizada de gelatina al 2 por 100.

VIII. **El permanganato de potasio contra los sudores fétidos de los piés.**—La indicada droga viene siendo prescrita desde hace mucho tiempo contra la hiperhidrosis plantar, pero, según Weiss (*Jour. of The American med. Assoc.*), los resultados dependen de la manera de

emplearla; por eso no vacila en recomendar el procedimiento que considera preferible, y que es como sigue:

Se comienza por sumergir los piés, por espacio de quince minutos, en una solución al 1 por 100 de dicha sal potásica, previamente calentada á 40°. Después del baño se deja secar la piel al aire libre, y una vez bien seca, antes de calzarse, se la espolvorea con gran cantidad de una mezcla de:

Permanganato potásico	18	gramos.
Alumbre	10	—
Polvo de talco	50	—
Oxido de zinc	20	—

El enfermo debe cambiar diariamente de calcetines y á ser posible también de calzado.

Los baños de piés se repiten todas las noches durante dos semanas, y después del tercer baño se eleva la concentración del líquido á 2 por 100. Su temperatura debe ser más elevada, todo cuanto el enfermo pueda soportar, desde el comienzo de la segunda semana. Para los tres últimos baños se dispondrá una solución de permanganato al 6 por 100.

La indicada medicación es aplicable á todos los períodos y á todas las formas de hiperhidrosis plantar; es indolora, desprovista por completo de todo peligro, agradable para los enfermos y capaz de curar con gran rapidez las ulceraciones y fisuras interdigitales.

Obra produciendo la descamación cutánea, pero la epidermis de nueva formación no presenta esa sensibilidad exagerada que se observa después de las aplicaciones de ácido crómico y que dificulta considerablemente la marcha y hasta el uso del calzado ordinario.

Según el autor, las recidivas son también mucho más raras que cuando se hace uso de otros tratamientos.

IX. **La sangría como tratamiento de ciertas complicaciones de la fiebre tifoidea.**—El Dr. Boy Teissier presentó hace algún tiempo al Comité médico de Marsella la historia clínica de una mujer de veintidós años que hallándose en el cuarto septenario de una fiebre tifoidea, presentó síntomas gravísimos de asistolia aguda, es decir, embriocardia, sístole sordo, supresión del segundo ruido, etc.

Durante cuatro días se mantuvo aplicada una vejiga de hielo sobre la región precordial, logrando de este modo levantar algo el sístole, pero á pesar de esta pequeña mejoría, sobrevinieron al fin y al cabo los trastornos característicos de una congestión pulmonar in-

tensa y generalizada, no tardando en desarrollarse un estado cianótico cada vez más pronunciado y una disnea violenta y continua que casi llegaba á producir la asfixia. La temperatura había llegado á 40°,6, y la secreción urinaria se había suprimido casi en absoluto; el estado de la enferma era en realidad desesperado.

Teniendo en cuenta que predominaban los síntomas de congestión pulmonar, el autor practicó una sangría: á las pocas horas comenzó el alivio, las cosas volvieron á su primitivo estado, el padecimiento siguió su curso ordinario y la curación fué completa y definitiva quince días más tarde.

Conviene advertir que la sangría sólo fué de 250 gramos, pues el alumno interno que la practicaba se creyó en el deber de cerrar la vena, en vista del estado casi agónico de la paciente. Por esta razón, el autor no sabe cómo explicarse el prodigioso efecto de dicha emisión de sangre, pues dada la pequeña cantidad de líquido sanguíneo extraído, no es lógico admitir un gran efecto antitóxico, ni gran influencia mecánica; 250 gramos constituyen la vigésima ó la vigésimaquinta parte de la masa total de sangre en un adulto.

Robin ha sostenido que aunque se extraiga en realidad una proporción mínima de toxinas, la desaparición de estos agentes en el organismo después de la sangría, es mucho mayor que el que debía representar la pérdida de sangre; pues toda pérdida de esta naturaleza va seguida de una mayor fijación de oxígeno, y por lo tanto, de una oxidación mucho más activa de las toxinas que restan. Esta hipótesis merece estudiarse con detenimiento; pues si fuese cierta, nos daría la explicación de muchos fenómenos hasta ahora mal explicados, entre ellos el que ahora nos ocupa.

En la discusión entablada con motivo de este raro caso, el Dr. Simonini indica que la sangría proporciona buenos resultados, sobre todo en las formas hipertóxicas de la fiebre tifoidea, presentando en prueba de ello la observación de un enfermo con fenómenos nerviosos tetaniformes, en el cual bastaron dos sangrías de á 500 gramos cada una para conseguir la curación. A su juicio, la sangría debe determinar una fagocitosis muy favorable para la defensa del organismo.

El Dr. Alezais recuerda que ya Trousseau había señalado la acción favorable de las pequeñas hemorragias intestinales de los tifoideos. Estas hemorragias obrarían como emisiones sanguíneas.

Loison ha obtenido buenos resultados en Túnez aplicando ventosas escarificadas en la nuca de un tísico que presentaba graves fe-

nómenos de intoxicación bulbar. Esto no es, después de todo, más que una sangría local que puede clasificarse en el mismo grupo de la flebotomía. Troussaint ha observado también en Argel los buenos resultados producidos por la sangría en los enfermos de tifoidea.

BIBLIOGRAFÍA

POR

D. FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.

I. ¿HABRÁ CÓLERA? APUNTES HIGIÉNICO-SANITARIOS, por D. José Sáenz y Criado. — Madrid, 1908.

II. LAS ESPLENOMEGALIAS DE ORIGEN HEPÁTICO Y LAS HEPATITIS DE ORIGEN ESPLÉNICO, por el Dr. D. Luis María del Castillo. — Madrid, 1907.

III. GASTON LYON: TRATADO ELEMENTAL DE CLÍNICA TERAPÉUTICA. — Barcelona, 1908.

I

El distinguido jefe facultativo de la Casa de Socorro del distrito del Centro de esta capital, D. José Sáenz y Criado, ha publicado un curioso é interesante folleto que titula *¿Habrá cólera?*, y que bien merece llamar la atención de las autoridades y de los médicos, por referirse á un asunto de vital importancia, cual es el desarrollo de una nueva epidemia de cólera en Madrid, á la que por desgracia estamos muy expuestos.

No es el Sr. Sáenz y Criado un higienista platónico de los que resuelven desde su gabinete todas las cuestiones relacionadas con la salud pública, sinó de los que estudian el asunto de cerca, y hablan, por lo tanto, con conocimiento de causa. Prueba de ello es que cuando al traducir el notabilísimo *Diccionario de Higiene*, de Tardieu, quiso describir el alcantarillado de Madrid, no vaciló en descender á las alcantarillas, exponiendo su vida en esta expedición, de la que refiere horrores. Esta cualidad, unida á su ilustración nada común en cuanto se relaciona con la higiene, le dan gran autoridad en cuestiones de epidemias y cuanto con la ciencia sanitaria se refiere.

Su folleto, cuya lectura recomendamos, sería interesante siempre, como todo cuanto escribe tan distinguido como modesto publicista, pero tiene en la actualidad un interés especial por el peligro de que

la epidemia colérica que existe en varios puntos de Europa se extienda á nuestro país, si no se adoptan las medidas necesarias para impedirlo, y á esto obedece la publicacción del folleto aludido.

Si se atendieran los prudentes y razonables consejos que da el señor Sáenz y Criado en él, y que son fruto de su experiencia é ilustración nada común en este asunto, se conseguiría evitar el desarrollo de una epidemia que hace estragos sólo entre los pueblos que no prestan á la higiene la atención debida.

Bien merece, pues, tan ilustrado comprofesor las alabanzas que se tributan á su último trabajo, justa recompensa concedida á su propaganda persistente en favor de la higiene, á la que viene consagrándose desde hace muchos años con una fe y un entusiasmo inquebrantables.

II

El tema elegido por el Dr. Castillo para su tesis de doctorado, se refiere á un asunto interesantísimo de la patología moderna: las relaciones patológicas que existen entre el hígado y el bazo, dos de las vísceras más importantes del organismo, cuya fisiología y patología principian á ser mejor conocidas, gracias á las pacientes investigaciones de fisiólogos y clínicos eminentes.

El Dr. Castillo, distinguido jefe clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, en la que ha hecho con gran brillantez sus estudios, ha escrito una monografía sucinta, pero razonada, métodica y completa, que lleva por título: *Las esplenomegalias de origen hepático y las hepatitis de origen esplénico*, de la que sólo podemos dar una idea ligera, pero cuya lectura recomendamos á cuantos deseen conocer á fondo tan interesante asunto.

El primer capítulo es un estudio preliminar sobre las relaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas entre el hígado y el bazo, estudio indispensable para comprender la parte clínica del asunto.

Siguen dos capítulos interesantísimos sobre la *esplenomegalia* y la *cirrosis atrófica del hígado* uno, y otro sobre *esplenomegalia y cirrosis biliar*. Estos dos capítulos demuestran cuán á fondo conoce el Dr. Castillo el asunto que trata, y cuya descripción no puede ser más fiel ni más clara.

El último capítulo, titulado *La causa y el terreno*, en nada desmerece de los anteriores.

El trabajo es, como puede verse por este índice de materias, acabadísimo, y prueba de ello es la calificación de *sobresaliente* concedida

á esta tesis por el tribunal encargado de juzgarla. En cada una de sus páginas se revela los profundos conocimientos y el espíritu clínico de observación de su autor, aventajado discípulo del eminente doctor Sañudo, gloria del profesorado médico español. Felicitamos á los dos, porque trabajos como el que nos ocupa honran al maestro que les inspira y al discípulo que sabe desarrollarlos con la brillantez que lo ha hecho el Dr. Castillo.

III

El *Tratado elemental de clínica terapéutica*, del Dr. Gastón Lyon, es de sobra conocido de todos los médicos españoles para que necesitemos recomendarle. El gran número de ediciones que se han hecho de esta notable obra en los pocos años que cuenta de existencia, prueba mejor que nada su importancia y utilidad. La última edición española está traducida de la 5.ª francesa, y en ella ha hecho su autor bastantes reformas y adiciones para ponerla al corriente de la ciencia. El único defecto que encontramos en la obra del Dr. Lyon, es la frecuencia con que recomienda el agua de laurel-cerezo y el acónito, medicamentos peligrosos muy usados antes, pero que hoy, que se conoce mejor su acción, deben desaparecer de la terapéutica.

Salvo este pequeño lunar, la Clínica terapéutica del Dr. Lyon es y seguirá siendo indispensable á los médicos, en particular á los principiantes, por constituir para éstos el mejor guía que pueden consultar para salvar los escollos con que todos hemos tropezado al principio de nuestra profesión.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Prestatectomía perineal subtotal.—Los Dres. Arrese é Irarragorri publican el siguiente caso en la *Gaceta Médica del Norte:*

«Nuestro operado, José de B., de setenta y cuatro años de edad, natural de Marquina, es corto en su historia patológica y largo en accidentes post operatorios.

De complexión fuerte, sin enfermedad alguna durante su vida, muéstrase orgulloso de su agilidad, á pesar de los 80 kilos de peso.

Admirador del Greco y Velázquez, nos hace pasar ratos agradables con teorías originales sobre la tonalidad y colorido en la pintura.

Le vimos por primera vez el 22 de octubre de 1907. Su enfermedad actual manifestóse cuatro meses antes por dificultad en la micción y frecuencia nocturna (cinco ó seis veces). Sobrellevó con resignación su afección hasta dos días antes de la citada fecha, que sufrió un ataque de retención completa. El día de nuestra consulta nos relata el enfermo que su micción es imperiosa, frecuente (cada media hora por las noches) y difícil, necesitando esfuerzos considerables y adoptar posiciones (en cuclillas) que favorezcan una presión abdominal mayor sobre la musculatura vesical para ver aparecer las primeras gotas de orina.

Examen: Palpación renal = O. Percusión; ligera macidez en la región hipogástrica.

Tacto rectal: Lóbulos prostáticos algo aumentados de volumen, un poco más el izquierdo que el derecho, de consistencia firme y regular.

Invitado á orinar, expulsa pequeña cantidad de orina turbia, que deja depósito en el vaso que se recoge.

Exploración uretrovesical: El explorador olivar, núm. 20, pasa fácilmente por la uretra anterior, con dificultad por la posterior, acusando desigualdad y alargamiento del trayecto prostático.

Orina residual = 100 c. c.
Capacidad vesical = 160 c. c.

Examen cistoscópico: Vejiga normalmente vascularizada, á excepción de los alrededores del cuello, con ancha faja roja no prominente; depresión inmediata al cuello, no se divisan los uréteres.

Se instituyó un plan apropiado y como medicación la urotropina en sellos de 0'50, dos al día, y los lavados con nitrato de plata, 1 por 1.000, á la mañana, y ácido bórico á la noche, seguido de evacuación vesical completa, con objeto de descansar más al acostarse.

Viendo que no mejoraba su estado local y comenzaba á alterarse su salud general, convinimos en operarle. Pero antes nos cercioramos de la depuración renal por medio del azul de metileno (1 por 20, 1 cent. cúb. en inyección), que dió el siguiente resultado: Aparece el azul á la media hora, aumentando de tonalidad hasta las cinco ó seis horas de la inyección; á partir de aquí disminuye progresivamente hasta las últimas recogidas doce horas y desaparece por completo á las cuarenta y cuatro horas.

El análisis químico efectuado por nuestro distinguido amigo Dr. Aristegui, acusa ligeras variaciones sobre la normal por litro; no existe ni albúmina ni glucosa.

Operación el 28 de noviembre.

Posición del operado, perineal horizontal (invertida de Prout); cloroformista, D. Antonio Uriarte; nos ayudan nuestros amigos Dres. J. Arrate y Larrinaga.

Incisión en arco de círculo, de un isquión al otro, pasando á dos traveses de dedo del ano que comprende la piel y el tejido celular subcutáneo.

Este tiempo no es nada fácil, pues presenta una gran cantidad de grasa

y precisa ahondar el bisturí alrededor de los isquiones; el estrecho espacio perineal nos dificultará nuestros trabajos posteriores. Una fuerte pinza en T, en labio posterior de la herida mantenida en tracción hacia abajo agranda el campo operatorio.

Reparamos el centro de unión de los músculos superficiales del periné, incindimos siguiendo el borde posterior del transverso superficial y trabajando con los dedos y la sonda acanalada hacemos más prominente la eminencia bulbar, que ya se percibía.

Guiados por el Beniqué núm. 50, que se introdujo con anterioridad en la uretra, procuramos salvar el bulbo ayudado con las tijeras curvas; delimitamos el bulbo sin herirle, y una hemorragia en *nappe* nos impide avanzar.

Taponada la herida después de unos minutos de descanso, continuamos la operación.

Se va al encuentro del músculo recto-uretral; con los dedos índices, que trabajan ambos lados de la herida, se hacen ostensibles los bordes de los elevadores del ano y se pone en evidencia el músculo recto-uretral; se secciona éste y los dedos penetran en el espacio retroprostático, la hemorragia en mantel continúa.

Se protege el recto con una valva y á nuestra vista la próstata recubierta de su laminogenital. Se incinde la uretra prostática del pico á la base sobre el Beniqué.

Retirado el cateter y reparados los bordes por medio de dos pinzas, hacemos la separación capsular lo más lejos posible. Con el bisturí se practica un corte oblicuo sobre el tejido prostático, mitad derecha, para hacer mayor presa con la pinza ó garfios para la ablación de la glándula.

La ablación del lóbulo derecho es difícil y se hace pedazos.

La misma maniobra con el lóbulo izquierdo y su extracción se hace en dos trozos.

Introducidos los dedos (índice derecho para el lóbulo derecho é izquierdo para el otro), se ve que la extirpación está bien hecha; el dedo en la vejiga no percibe la existencia del lóbulo medio.

Se coloca un grueso tubo-sonda en la vejiga, que sale por el periné, se hacen las ligaduras arteriales taponando la herida con gasas, dos puntos de sutura en la piel. Vendaje en T.

Todo marchó bien durante los tres primeros días; se cambiaron las curas exteriores por hallarse mojadas de orina. Orinas recogidas en el orinal mezcladas con sangre; temperaturas 36'8.

El cuarto día 39'6. Se levantó la cura; la herida presenta buen aspecto, ligero rezumamiento sanguinolento.

Se hace un lavado vesical con nitrato de plata, solución 1 por 1.000, se tapona de nuevo y se le venda. Se le administra una purga de 30 gramos de aceite de ricino.

Al siguiente día remite la temperatura 36'9. Nada de anormal.

El día 6 de diciembre se le levanta la sonda-tubo perineal y se sustituye por una sonda uretral permanente, núm. 19 Beniqué.

Día 7. La noche anterior la pasó agitada; se arrancó la sonda levantándose de la cama, luchando con la monja, que quiso impedir sus propósitos. Nos dice la Hermana de la Caridad que el enfermo deliraba hablando de

sus cuadros y pinturas. La orina sale por el periné inundando el vendaje y la cama; temperatura 38°; lengua saburrosa. Se hace la cura, se le coloca de nuevo la sonda (sondaje fácil).

Día 8. Ha pasado la noche más agitada que la anterior; habla de las mismas cosas; se extrae él mismo la sonda; reparte mandobles á la monja y practicante de guardia, que no pueden convencerle de ningún modo y se pasea tranquilamente con una manta en los hombros durante más de dos horas por el cuarto.

La temperatura 38'2; lengua sucia; nódulos de epididimitis en los dos testículos.

Se renueva la cura y la sonda permanente uretral.

Uno de nosotros, que pasó la visita á las dos de la tarde de dicho día, encontró al enfermo en estado alarmante, profundamente dormido, respiración superficial muy espaciada, pulso imperceptible; pupilas contraídas; anestesia completa; extremidades inferiores completamente frías; temperatura axilar 36'4. En el vaso de cristal donde cayó la sonda apenas existían 20 gramos de orina; las sábanas secas; la sonda funcionaba perfectamente, pues la solución boricada inyectada sale parte por el periné y la mayor cantidad por la sonda.

Analizado el caso, pronto nos percatamos de la gravedad; dimos verdadera importancia á las noches agitadas de días anteriores, sucediendo al período de excitación el comatoso de la anuria. Merklen, en su magistral estudio sobre la anuria, describe la anuria calculosa, que pasa rápidamente de la poliuria á la supresión de orinas que revela una insuficiencia en la secreción renal. Sin embargo, nuestro enfermo eliminó perfectamente el azul de metileno; no existía antecedente alguno urinario; nos era difícil encontrar una causa que expresase aquel cambio repentino. La alimentación del enfermo hasta este día era bien simple: caldos, café y pequeñas cantidades de leche, que no eran de su agrado.

El tratamiento que se instituyó fué inyecciones de suero artificial caliente, 1.200 gramos en diez horas, inyecciones de aceite alcanforado y grandes enemas rectales de líquido salino.

Después de la primera inyección de suero (300 gramos) aumenta algo la tensión arterial, que decae rápidamente.

Día 9. Sin ninguna variante, el estado del operado es el mismo; la inflamación epididimaria aumenta; algunas gotas de orina en el vaso; la sonda no presenta obstrucción alguna. Análogo tratamiento.

La noche de este día, sospechando que la causa de aquellos trastornos pudiera ser la inflamación testicular, viendo por otro lado que la sonda permanente no cumplía fin alguno, decidimos levantarla y dejarle sin sonda uretral ni perineal.

Día 10. El pulso es más frecuente y más lleno; temperatura 36'3; seguimos el mismo tratamiento. A las cuatro de la tarde sobreviene una abundante poliuria, verdadera debacle urinaria, acompañada de diarrea profusa. Se hizo la cura, dejándole sin sonda.

Día 11. Se inicia la mejoría; contesta por movimientos de cabeza á nuestras preguntas, acusando dolores en la región escrotal. Temperatura 36'6; la lengua seca, cubierta de gruesa capa saburral color café.

Va mejorando rápidamente; orinas abundantes; el día 15 se coloca de nuevo una sonda perineal que entra con dificultad y guiada por el dedo.

El día 18 se sustituye la sonda perineal por la uretral, número 17, que pasa con cierta dificultad y ayudada por el dedo en la herida perineal, que presenta buen aspecto.

El día 24 se suprime la sonda uretral; comienzan las sesiones de dilatación uretral con bujías olivares á partir del 18.

Se inyecta en la vejiga 80 gramos de la solución de ácido bórico al 3 por 100; invitamos á orinar y sale casi todo por el periné, algunas gotas por la uretra.

Día 28. La herida perineal casi cicatrizada; con la dilatación, hemos llegado al núm. 50 Beniqué. La capacidad vesical es de 90 gramos; el líquido inyectado no sale por el periné ni tampoco por la uretra en forma de chorro, sino babeando y de una manera continua (incontinencia de orina).

El enfermo se marcha á Marquina y encomendamos á nuestro amigo el Dr. Arrate el tratamiento (dilatación, lavados y sesiones de electricidad).

La incontinencia ha ido cediendo paulatinamente hasta desaparecer por completo.

El día 12 de julio visitamos al enfermo, siendo su estado el siguiente:

Orinas claras. Sondaje fácil. Residuo vesical=0. Capacidad 180 gramos. Retiene perfectamente, orinando con facilidad y á chorro tendido. Tacto rectal; no se percibe induración alguna; cicatriz perineal blanda; orina cada tres ó cuatro horas durante el día y dos ó tres á la noche».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Julio de 1908 (1).

De la tuberculosis inflamatoria.—El Dr. KIRMISSON: La idea del Dr. Poncet no es descabellada, pero para aceptarla es necesario que aporte pruebas á su favor, las cuales no busca en la bacteriología ni en la anatomía patológica y sí sólo en la clínica. Nuestro colega no nos ha suministrado ningún carácter particular que permita afirmar la existencia de esta tuberculosis inflamatoria. La ha comparado con la sífilis, pero en ésta existen lesiones especiales. Seguramente que no se puede admitir que todas las lesiones que aparecen en un tuberculoso ó en un sifilítico dependen siempre de una ó de otra afección; es necesario que revistan caracteres

(1) Ultima del curso actual.

especiales que les particularicen. Por lo que se refiere á las afecciones óseas, como la escoliosis y el raquitismo, el Dr. Poncet no nos ha demostrado con hechos la correlación que tienen con la tuberculosis. Por mi parte nunca la he observado; más bien he tenido ocasión de comprobar que existe cierto antagonismo entre el desarrollo de la tuberculosis y las alteraciones de la nutrición de los huesos. En cuanto á la tarsalgia, no me parece bien su designación de coxalgia del pié; es verdad que se trata de una artralgia, pero no tiene nada de común con la artritis tuberculosa de la cadera y se explica por las condiciones mecánicas á que están expuestos los individuos. En los enfermos de la ciudad sólo he observado un caso y, sin embargo, no se puede negar que la tuberculosis sea frecuente entre ellos. En cambio se le encuentra muy á menudo en los enfermos del Hospital desde los quince años en adelante, y siempre se trata de sujetos que todos los días están mucho tiempo en pié. Gosselin dió de ella una descripción á la que nada hay que añadir, y el tratamiento que la cura es muy diferente del que reclaman las lesiones tuberculosas de los huesos.

El Dr. Broca: Como acaba de decir el Dr. Kirmisson, la tarsalgia no es de origen tuberculoso: es un proceso especial que nunca termina por una anquilosis, como se ha pretendido; no es más tuberculosa de lo que lo es la escoliosis. Tampoco es blenorrágica, y aunque se puede presentar una artritis blenorrágica, ésta no es la tarsalgia tal y como de ordinario se comprende. Por lo demás, para hablar de la cuestión de la tuberculosis inflamatoria en general, diré que, después de conocer en detalle las memorias del Dr. Poncet y las tesis de sus discípulos, no he encontrado ninguna observación que represente una prueba manifiesta; de donde resulta que nuestro colega sólo ha lanzado una hipótesis á la cual falta todavía confirmación.

El Dr. Poncet: No creo útil renovar la discusión general de la tuberculosis inflamatoria; circunscribiré el debate. No es dudoso que la tarsalgia es una enfermedad de la adolescencia, aunque se la observa excepcionalmente en otras edades. Si Gosselin la ha descrito bien, recordaré que la consideraba como una osteo-artritis tuberculosa, y por lo que se refiere á invadir nada más que á ciertos individuos de los que permanecen en pié, no es debido más que á ciertas causas ocasionales; pero su verdadera causa es la tuberculosis, la cual se manifiesta por lesiones diferentes, según el grado á que ha llegado la enfermedad. Nunca he dicho que todas las tarsalgias, ni las escoliosis, ni los piés planos, sean siempre de origen tuberculoso; pero en cierto número reconocen esta causa, como me lo han probado ciertas lesiones de los huesos y de los tejidos que les rodean; se dice que estas lesiones son secundarias, aunque nada lo demuestra, y yo no veo el por qué no pueden ser primitivas. La tarsalgia es una afección inflamatoria y con frecuencia depende de la tuberculosis; sus lesiones dependen de un proceso infeccioso. Lo que acabo de decir de la tarsalgia se aplica á la escoliosis, á la coxa vara, etc.—(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD FRANCESA DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS SOBRE LA TUBERCULOSIS

Sesión del día 11 de Junio de 1908.

Patogenia de las lesiones no foliculares de la tuberculosis. — Los Dres. Bernard y Gougerot: Durante mucho tiempo y desde el punto de vista de las lesiones, el tubérculo, constituído por una aglomeración de *folículos*, se consideró como la lesión característica de la tuberculosis, como la expresión anatómica exclusiva de las reacciones del organismo ante el bacilo de Koch. Después se han descubierto en los tuberculosos lesiones que en nada recuerdan la estructura del tubérculo; al principio se las consideró como complicaciones inflamatorias de la tuberculosis, pero hoy se atribuyen á esta enfermedad. Vamos á exponer su patogenia.

Las lesiones no foliculares pueden agruparse en varios grupos generales, según representen las reacciones de los vasos, del tejido conjuntivo, de las células nobles de los órganos.

1.° *Reacciones vasculares.* — La más común es la congestión. Se observa en el hígado durante la tifobacilosis, en la piel, donde produce el lupus eritematoso. Caracteriza también la lesión cutánea de ciertos eritemas nudosos de origen tuberculoso. Suele ser el primer período de la reacción flegmásica, cuyos efectos continúan en los tejidos inmediatos á los vasos.

2.° *Reacciones del tejido conjuntivo.*—Varían, según la naturaleza de este tejido: tejido conjuntivo difuso, tejido conjuntivo seroso, tejido conjuntivo reticulado.

En el tejido conjuntivo difuso, la tuberculosis puede determinar la infiltración embrionaria constituída por la movilización y la proliferación de las células fijas de este tejido, á la vez que por la exudación de las células linfoides fuera de los vasos sanguíneos y linfáticos dilatados; se observa la misma serie de fenómenos que en todas las demás inflamaciones no tuberculosas. La infiltración linfoconjuntiva no es la única reacción del tejido conjuntivo difuso á la tuberculosis. El bacilo puede provocar también la reacción crónica común de este mismo tejido: la esclerosis.

Las serosas pueden reaccionar contra la tuberculosis, como contra otras enfermedades, por la exudación serofibrinosa. Hay derrame de serosidad en la cavidad y depósito de fibrina en sus paredes. Puede observarse la misma reacción fibrinosa en la pared vascular interna, que es una verdadera serosa.

En el tejido adenoideo se producen también bajo la influencia de la tuberculosis reacciones que originan lesiones desprovistas de folículos; en los ganglios y en la amígdala se ha observado la hiperplasia simple del tejido.

3.° *Reacciones de las células nobles de los parénquimas.* — Varían, naturalmente, según su naturaleza. En general, la tuberculosis ataca las células, principalmente las epitélicas, produciendo su degeneración ó excitando su actividad vital. Se han encontrado en los órganos, en el curso de la tuberculosis, todas las variedades de degeneración: tumefacción turbia, degeneración grasienta, necrosis de coagulación, degeneración pigmentaria de

las células; en los órganos de revestimiento: degeneraciones mucosa y córnea; en las células nerviosas: degeneraciones coloidea y acuosa vacuolar; en los vasos: degeneraciones hialina y amiloidea. En cambio, los casos en que una sobreactividad celular localizada ha podido atribuirse á la tuberculosis son raros y de interpretación discutible. La irritación celular provocada por los tubérculos puede también originar procesos neoplásicos. Se citan diferentes tumores conjuntivales ó epiteliales de origen tuberculosos.

¿Cuál es la patogenia de las lesiones no foliculares?

1.° *Teoría de la infección secundaria.* — Durante mucho tiempo se creyó que la tuberculosis no desempeñaba papel alguno en el determinismo de las lesiones no foliculares que se atribuían á infecciones asociadas ó secundarias por creerse que el bacilo de Koch sólo podía producir el folículo tuberculoso. Hoy esta teoría se halla desechada en general.

2.° *Teoría toxínica.*—Esta teoría puede formularse como sigue: el folículo tuberculoso es debido á los bacilos, y las lesiones no foliculares son provocadas por los venenos solubles que éstos segregan y vierten en la sangre, la que les conduce lejos del foco bacilar. Los hechos experimentales han echado poco á poco por tierra esta teoría. Es verdad que no puede negarse la existencia de la intoxicación tuberculosa general, pero ignoramos bajo qué forma se ejerce. ¿Cuál es la naturaleza de estos venenos? ¿Cuáles son las reacciones orgánicas y funcionales que las vísceras les oponen y que se revelan por síntomas clínicos? No es posible contestar á estas preguntas, porque los venenos empleados en los experimentos no dan la clave del problema y sus efectos no son comparables á los trastornos de apariencia tóxica que se observa en clínica. Cuanto á las lesiones no foliculares, no son, al parecer, debidas á los venenos difusibles del bacilo conocidos actualmente. Lo más que puede admitirse es que la tuberculina puede determinar la congestión, y sabemos que Bouchard ha aislado de los caldos de cultivo un veneno vasodilatador, la ectasina.

3.° *Teoría bacilar.*—A la vez que la teoría toxínica era negada por la experimentación, muchos hechos demostraron que el bacilo de Koch es susceptible de producir lesiones no foliculares. Este descubrimiento se fundó en dos clases de demostraciones: la comprobación del bacilo en las lesiones humanas y la reproducción de éstas con el bacilo.

Quedan por resolver dos problemas: 1.° ¿Cómo los bacilos de Koch determinan estas lesiones? 2.° ¿Por qué las lesiones producidas son unas veces foliculares y otras no foliculares?

1.° El primer problema está hoy resuelto, porque Auclair ha demostrado que el bacilo obra por los venenos especiales contenidos en su cuerpo, y que por lo tanto sólo pueden ejercer una acción local; los venenos solubles en el éter (eterina) provocan la caseificación y los solubles en el cloroformo (cloroformina) la esclerosis. Este descubrimiento ha sido confirmado por otros autores, quienes han observado no sólo lesiones de caseificación, esclerosis con células gigantes, sino también con la eterina, focos de esclerosis embrionaria, sin carácter folicular. Por consiguiente, todas las lesiones provocadas por el bacilo de Koch son debidas al parecer á la acción local de venenos particulares contenidos en el cuerpo del bacilo. La exis-

tencia de estas lesiones en un parénquima implica la presencia en el del bacilo.

2.° Las condiciones de producción de las lesiones foliculares y no foliculares dependen de la actividad del bacilo, de su modo de introducción en el organismo y de la reacción propia del terreno donde se cultiva.

a) El terreno.—Aunque la resistencia del terreno no es indiferente tampoco, desempeña un papel importante. Prueba de ello es que muchas veces, en el mismo organismo, se encuentran en un punto lesiones foliculares y en otro no foliculares.

Por consiguiente, ni la resistencia del bacilo ni la reacción propia del órgano rigen por sí solas la naturaleza de las lesiones provocadas por el bacilo.

b) Vía de introducción del bacilo.—Ciertos hechos tienden á conceder importancia á este factor. Peron ha sostenido que las lesiones fibrinosas de la pleura, inyectadas con el bacilo de Koch, corresponden á la inoculación de la serosa en su superficie, mientras que los folículos subserosos son producidos por embolias bacilares.

Según Bernard y Salomon, las vegetaciones fibrinosas del endocardio son debidas á la inoculación directa y los folículos infraendocárdicos dependen de la introducción del microbio por vía vascular. Gougerot y Laroch han obtenido tuberculides no foliculares inoculando bacilos por erosión epidérmica, mientras que la inoculación dérmica produce lesiones ulcerosas típicas. La influencia de este factor, aunque aceptable en ciertos casos particularísimos, no es general.

c) El bacilo.—Es preciso ante todo descartar la noción de *cantidad de bacilos inoculados* igual que la de *virulencia cuantitativa*. Es verdad que muchas veces los bacilos inoculados en gran número y muy virulentos producen tuberculosis agudas de lesiones no foliculares (focos necrósicos, infiltrados linfoconjuntivos) y que bacilos poco numerosos ó poco virulentos determinan tuberculosis tórpidas de lesiones también no foliculares. Pero esta relación de hechos es demasiado inconstante para que pueda ser erigida en ley; las tuberculosis más rápidas, las granulias, por ejemplo, presentan lesiones foliculares lo mismo que las más lentas. La *cualidad* del bacilo desempeña un papel más importante que su cantidad. ¿Existen especies bacilares de virulencia especial, de actividad tóxica particular que explique la génesis de tal ó cual orden de lesiones? Según lo que sabemos en la actualidad, es imposible aceptar semejante hipótesis. Sea cual fuere la atenuación ó el origen de un virus, produce al parecer indiferentemente unas veces lesiones foliculares, otras no foliculares.

Queda por estudiar un factor importantísimo, á saber, el modo de *diseminación de los bacilos en los tejidos*. En efecto, se ven las lesiones no foliculares en dos clases de casos: cuando los bacilos muy virulentos están dispuestos en masas gruesas é invaden el tejido en bloque, por decirlo así, ó bien cuando están aislados en él, repartidos y dispuestos en estado de unidades, por decirlo así. Las lesiones no foliculares representan, por lo tanto, á nuestro entender, la reacción de los tejidos á las invasiones numerosas ó muy discretas; el folículo representa la reacción á una invasión media. Según este concepto, no hay diferencia esencial entre unas lesiones y otras.

Nuestras observaciones confirman esta opinión. Las lesiones no foliculares y foliculares forman una *larga cadena no interrumpida*; las reacciones no foliculares agudas ocupan uno de los extremos de la cadena, y las crónicas el otro; las reacciones foliculares constituyen los *eslabones intermedios*. Este concepto explica el por qué de todos los casos y de todas las asociaciones. Las diferentes lesiones de la tuberculosis representan los diversos modos de reacción de los tejidos ante el bacilo de Koch. En el determinismo de estas lesiones, el modo de disposición de los bacilos en actividad desempeña, al parecer, un papel preponderante; aglomerados en gran número provocan, por sus secreciones tóxicas, la muerte de los tejidos y una reacción leucocitaria difusa; cuando están dispuestos en masas pequeñísimas (1), su actividad provoca una reacción de defensa de mediana intensidad; la acción tóxica no es bastante enérgica para destruir los tejidos en bloque; permite á los elementos celulares reaccionar y agruparse en nódulo alrededor de la masa pequeña de los bacilos, pero á la vez es bastante intensa para provocar la degeneración especial que se manifiesta por epitelioidización de las células invadidas y de las células linfoconjuntivas de reacción; finalmente, por la formación de células gigantes. Así nace el folículo tuberculoso, que es una reacción de defensa de mediana intensidad.

Finalmente, cuando los bacilos son poco numerosos y están diseminados, su actividad tóxica es insuficiente para provocar la reacción folicular, que está caracterizada en su esencia por la degeneración especial á esta actividad tóxica particular, por la célula epitelioide; sólo se ven entonces las reacciones leucocitarias comunes en todas las invasiones microbianas, reacciones que pueden afectar la forma de nodulillos, de infiltraciones difusas ó bien organizarse en tejido de esclerosis.

El Dr. Villemin: ¿Ha encontrado el Dr. L. Bernard en los hechos que ha referido, algún argumento en favor de las ideas del Dr. Poncet? Todos hemos visto con sorpresa que éste atribuye á la tuberculosis lesiones que estamos acostumbrados á considerar como independientes por completo de los procesos bacilares, por ejemplo, las esclerosis pilóricas, el lipoma, la escoliosis, etc. Creo que, por ahora, las teorías del Dr. Poncet no se fundan en bases sólidas.

El Dr. L. Bernard: No creo conveniente discutir las ideas del Dr. Poncet, no estando presente para defenderlas, pero me parecen infundadas.

El Dr. F. Besançon: Como ha dicho con mucha razón el Dr. Bernard, debemos acostumbrarnos á creer que el bacilo de Koch es capaz de producir lesiones muy distintas, reacciones fibrinosas, formaciones embrionarias, lesiones esclerosas y, en ciertos casos, hasta verdaderas septicemias; pero ¿hay ventaja en agrupar, según ha hecho, estas lesiones con el nombre de no foliculares, oponiéndolas á las lesiones tuberculosas ordinarias? Convendría, ante todo, estar de acuerdo respecto á lo que se llama la lesión típica en materia de tuberculosis; el folículo tuberculoso es relativamente raro, y muchas veces lo que se observa es una agrupación de células epitelioides, con más ó menos células embrionarias, todo lo cual evoluciona

(1) Sólo se trata de los *folículos recientes*, porque en los antiguos los fagocitos han podido absorber los bacilos y el folículo no los contiene.

hacia la degeneración caseosa ó hacia la esclerosis. Estas alteraciones pueden encontrarse en ciertas lesiones que el Dr. Bernard ha incluído entre las no foliculares. Por ejemplo, la reacción fibrinosa, tan común en las serosas, no hace más que enmascarar las lesiones tuberculosas subyacentes. Lo mismo acontece con muchas lesiones esclerosas: son puramente esclerosas en algunos puntos ó en ciertos períodos de su desarrollo.

El Dr. L. Bernard: El folículo tuberculoso, tal como le describen los clásicos, es una figura algo esquemática, y no llamo *lesión no foricular* á todo lo que no reproduce con exactitud este esquema. Todo el mundo conoce los tubérculos atípicos; la falta de la célula gigante es muy común. Toda lesión que carece de célula epitelioide, primer grado de la degeneración vítrea y de la degeneración caseosa, debe considerarse en la actualidad como una lesión no folicular. Digo en la actualidad, porque esta clasificación, como todas, es provisional. Más tarde se dividirán las lesiones de la tuberculosis con arreglo á un plan más racional, según su evolución, por ejemplo. En la actualidad sólo se está de acuerdo sobre las lesiones que contienen tubérculos, en el sentido general de la frase. Respecto á las que no los contienen, deben incluirse juntas para hacer su estudio crítico. A este grupo damos el nombre de lesiones no foliculares. Lo que prueba que no damos á esta clasificación gran valor, es que nuestra conclusión demuestra que no hay diferencia *esencial* entre las lesiones foliculares y las no foliculares, porque todas no representan más que reacciones variables de los tejidos al agente específico, el bacilo de Koch.

El Dr. L. Renon: En las investigaciones sobre las aspergilosis experimentales que he practicado, he visto que la causa de las lesiones esclerosas producidas eran los parásitos y no sus toxinas. No he encontrado las formas esclerosas no foliculares de la aspergilosis experimental y las formas actinomicósicas del hongo más que en los conejos, que, gracias á tentativas de vacunación, sobrevivieron varios meses á la infección. Las tentativas de vacunación se practicaron por inyecciones repetidas de dosis pequeñísimas de esporos virulentos.

El Dr. J. Darier: Ha hecho muy bien el Dr. Bernard en dividir las lesiones tuberculosas en dos grupos, uno folicular y otro que comprende todas las demás lesiones imputables al bacilo. Estas concluirán por subdividirse, pero por ahora deben ser consideradas en bloque. Entre las manifestaciones cutáneas de la bacilosis — tuberculosis cutáneas y tuberculides — existen también lesiones foliculares y no foliculares. El tipo clínico, llamado lupus ordinario, es muy instructivo desde este punto de vista, puesto que se encuentran en él unas veces folículos típicos, otras masas de células epitelioides, sin células gigantes, otras una infiltración linfoide y plasmática difusa, con células gigantes gruesas aisladas, y otras, finalmente, una infiltración embrionaria difusa mezclada con esclerosis. El Dr. Briom ha visto en un caso de tuberculides papulonecrósicas, que las lesiones eran no foliculares al principio y que en una etapa ulterior se hicieron francamente foliculares. Hace mucho tiempo me he preguntado cuál es el carácter común de las lesiones foliculares y no foliculares. He estudiado con este objeto gran número de tuberculosis cutáneas y de tuberculides, incluso el lupus eritematoso, y creo que el carácter común entre estas lesiones es la

tendencia necrósica del bacilo. Pero mientras que en las lesiones no foliculares, por ejemplo, la tuberculide papulonecrósica en su primer período, la necrosis recae sobre la dermis, sobre un tejido preexistente, en las lesiones foliculares recae sobre los elementos celulares neoformados ó inmigrados. Las células gigantes y epitelioides son debidas, al parecer, á una influencia necrósica, insuficiente para matar por completo los elementos. Quizá la necrosis falte en ciertos casos ó las investigaciones sean incapaces de descubrirla.

El Dr. G. Kuss: En la tuberculosis experimental, *por inhalación*, del conejillo de Indias, se observan hechos análogos á los referidos por el doctor Darier. Tres ó cuatro semanas después de la infección respiratoria existen tubérculos típicos con los diversos aspectos clásicos debidos á los procesos de caseificación; pero cuando se sacrifican los animales á los doce ó dieciocho días, suelen encontrarse lesiones bacilares en las que se busca, en vano, folículos tuberculosos y células gigantes ó epitelioides. Las granulaciones subpleuríticas, diferenciadas ya macroscópicamente, están formadas de grupos de alvéolos pulmonares llenos de elementos celulares cuyos núcleos se coloran bien; á este proceso de neumonía catarral se agregan lesiones congestivas y perivasculares no específicas, desde el punto de vista histológico, y de infiltración embrionaria difusa de toda la región. En un período más avanzado aparecen algunos tuberculillos linfocitarios con centro formado de células epitelioides.

El Dr. L. Bernard: No creo que sea siempre la evolución la que imprime á una lesión tuberculosa su carácter folicular ó no folicular. Hay folículos que se forman con rapidez y otros que progresan con lentitud.

El Dr. G. Petit: En muchos casos de tuberculosis experimental se asiste, en efecto, á la formación rápida de folículos tuberculosos, en particular intravasculares; éstos se ven formarse en pocos días en los vértices pulmonares á consecuencia de inoculaciones intravenosas.

El Dr. F. Besançon: Estoy de acuerdo con el Dr. Bernard en que la tuberculina carece de influencia sobre la patogenia de las lesiones tuberculosas. Creo como él que la causa primordial de estas esclerosis es la presencia de bacilos tuberculosos. Estas esclerosis se observan en las formas no tóxicas de marcha muy lenta. La tuberculina no desempeña papel alguno en la producción de la cirrósis ó el papel que desempeña es indirecto, haciendo quizá más lenta la evolución del proceso tuberculoso y permitiendo así á las lesiones tuberculosas evolucionar, no hacia la caseificación, sino hacia la esclerosis.

El Dr. Widal: La esclerosis es una lesión frecuente alrededor de las formaciones tuberculosas; suele ser muy limitada, pero á veces se extiende por toda la superficie de una serosa ó por toda la profundidad de un parénquima. El proceso escleroso evoluciona de distinto modo, según la naturaleza del órgano lesionado y según el terreno, es decir, el sujeto. La historia anatómica de la pleurotuberculosis de Landouzy explica la formación rápida y abundante de esclerosis que puede seguir á la aparición de algunos folículos en la superficie de la pleura. He practicado la autopsia de un joven que murió á los trece días de una pleuresía derecha, la que, después de haber principiado por calofríos repetidos, siguió la marcha de la pleu-

resía llamada *a frigore*. Toda la pleura derecha, parietal y visceral, estaba convertida en tejido fibroso. Las dos hojas adheridas en el vértice, en la región posterior y junto al diafragma, dejaban en la región anterolateral una cavidad que contenía próximamente 1.500 gramos de líquido serofibrinoso. La pleura parietal parecía lardácea y medía en ciertos puntos más de medio centímetro de grosor; la parietal era 1 á 2 milímetros de gruesa. Existían algunos folículos tuberculosos diseminados por esta ganga fibrosa, pero no era posible recorrer con el microscopio grandes espacios fibroesclerosos sin encontrar rastro de tubérculo.

Estos datos anatómicos explican la benignidad de la pleurotuberculosis primitiva y su fórmula citológica tan especial. El proceso se contiene *in situ* y la tuberculosis queda localizada porque los tubérculos son ahogados al nacer por la proliferación esclerosa abundante que provocan á su alrededor. Se comprende también que nó se encuentren más que linfocitos en el líquido en una época de la evolución de la pleuresía, en la que el derrame se halla como enquistado en una pared fibrosa. No es posible en estas condiciones encontrar placas endoteliales, puesto que no hay endotelio; tampoco pueden encontrarse polinucleares, elementos que sólo trasudan por diapedesis más que de los vasos sanguíneos, porque la neomembrana sólo la forma una ganga fibrosa y no está, por decirlo así, vascularizada.

Es interesante observar que la formación fibrosa abundante que acabamos de descubrir recayó en la pleura de un sujeto en el que el principio clínico de la enfermedad databa sólo de trece días. Este hecho demuestra con qué rapidez puede formarse á veces la esclerosis. El examen más minucioso no nos permitió descubrir un solo bacilo de Koch en toda esta trama fibrosa. En semejante caso, para explicar la enorme proliferación esclerosa, es dificilísimo invocar únicamente la acción directa y local del bacilo, y hay motivos para preguntar si habrán desempeñado algún papel las toxinas difundidas á distancia. No debe invocarse la acción negativa de las inyecciones de tuberculina desde el punto de vista de las formaciones esclerosas; los venenos segregados en el organismo por el bacilo son quizá de naturaleza y de acción diferente. En la pleuresía, la naturaleza del tejido lesionado desempeña también su papel para explicarnos esta formación rápida y abundante de esclerosis fibrosa. Sin duda alguna el bacilo, y quizá también sus toxinas, fueron los primeros incitadores de esta neoformación fibrosa. El proceso escleroso, una vez que principió, evolucionó con una tanta más intensidad y rapidez por tratarse de un tejido esencialmente vascular, como la pleura, que tapiza un órgano como el pulmón, abundantísimo en capilares sanguíneos, dispuestas á aportar continuamente los materiales propios para producir la esclerosis.

La intensidad del proceso esclerógeno varía de un sujeto á otro. Unos responden á la irritación específica por una neoformación fibrosa abundante; otros no hacen más que esbozar un proceso escleroso. La naturaleza del tejido lesionado influye también sobre la formación rápida y abundante de la esclerosis. Es preciso, además, contar con las diferencias de aptitud individual para producir la cirrosis inherente de ciertos individuos, sea la que fuese la causa irritativa primitiva. Es necesario, por último, no olvidar que la etiología de ciertas cirrosis es compleja; el alcoholismo y la

tuberculosis, por ejemplo, suelen combinar sus efectos para producir la cirrosis hepática.

Las esclerosis viscerales de naturaleza tuberculosa son consecutivas á las formaciones histológicas ordinarias de la tuberculosis (folículos, células gigantes, infiltraciones embrionarias). La esclerosis, á causa de lo excesivo de su desarrollo, concluye por aislar y casi por anular las lesiones específicas primitivas. Buscando bien, se encuentran las más de las veces los vestigios en medio de las trabéculas fibrinosas. Creo que no conviene afirmar la naturaleza tuberculosa de una cirrosis, antes de descubrirlos.

No creo que haya motivos para admitir una variedad de lesiones tuberculosas de tipo fibrinógeno. Aunque en la bacilémica se encuentran en el endocardio, según ha observado el Dr. Jousset, vegetaciones fibrinosas que contienen bacilos de Koch, esta lesión no es debida á las propiedades especiales de estos microbios, sino á las condiciones propias del medio sanguíneo en que se han desarrollado, al abrigo de una válvula ó de un pilar. El depósito fibrinoso es únicamente el resultado de un proceso que provoca sobre el endocardio una lesión microbiana inicial que altera la superficie de la mucosa, trátese del bacilo de Koch ó de todo agente infeccioso y hasta de células neoplásicas, según he observado un caso en unión del Dr. Abrami.

El Dr. G. Petit: La patología comparada nos da á conocer lesiones análogas por completo á las referidas por el Dr. Widal. Existe una variedad de pleuresía tuberculosa en el perro, constituída por vegetaciones fibrinosas enormes, que simulan un sarcoma lobulado y que á veces ocupan toda la cavidad pleurítica. En estas lesiones se encuentran algunos bacilos.

El Dr. L. Bernard: En las observaciones hechas por el Dr. Widal conviene considerar dos cuestiones distintas:

1.ª La cuestión del terreno y del papel que desempeña en el determinismo de las lesiones tuberculosas. Los trabajos del Dr. Auclair tienden á reducir considerablemente su influencia.

2.ª El carácter específico de la lesión tuberculosa. El Dr. Widal dice, al parecer, que la presencia de tubérculos es un criterio indispensable.

Es indudable que aunque una lesión carezca de bacilos (comprobados directamente ó por inoculación), no hay derecho á considerarla como tuberculosa si no contiene folículos. Pero, por otra parte, es también indudable que muchas lesiones privadas en absoluto de tubérculo son tuberculosas, según ha demostrado la experimentación. En estos casos la presencia del bacilo es indispensable para identificar la naturaleza de la lesión.

En el estado actual de nuestros conocimientos no puede considerarse el folículo como específico, puesto que se observa en otra enfermedad. La tuberculosis provoca, además, lesiones no foliculares. El único carácter específico, el único criterio diagnóstico de la tuberculosis, es el bacilo de Koch.—(*Le Bull. Med.*—F. Toledo).

SOCIEDAD GINECOLÓGICA AMERICANA

31.ª sesión anual celebrada en Filadelfia del 26 al 28 de Mayo de 1908.

Operación inmediata ó tardía en la hemorragia intra-abdominal debida á la gestación tubaria.—El Dr. *Florian Krug* dijo que en un caso dado de gestación ectópica no puede decirse que es preciso diferir indefinidamente una operación, ni por el contrario, practicarla acto continuo. La gravedad del colapso no es siempre proporcionada á la cantidad de sangre perdida. En efecto, la proporción de casos de muerte por hemorragia es pequeña. Muchas veces el traumatismo, que puede ser debido á la hemorragia, aumenta por el raspado ó por la dilatación forzada de la pared abdominal, ó por otro cualquier medio violento injustificado. Puede decirse, en general, que si un caso termina por la muerte, ésta puede ser debida á que no se ha empleado el tratamiento quirúrgico necesario, á que ha sido ineficaz, aunque bien practicado, ó á que lo ha sido por emplearse mal.

El Dr. *F. F. Simpson* manifestó que la primera hemorragia en estos casos casi nunca es alarmante. En este momento si se hace el diagnóstico y se practica la operación con la mayor urgencia posible, se obtienen resultados excelentes. La creencia de que la ruptura es rara cuando se produce la primera hemorragia, es peligrosa porque los que no están muy prácticos no consideran la situación como muy peligrosa hasta que se produce una segunda ó tercera hemorragia, que pone á la enferma á las puertas de la muerte. Una mujer en estas condiciones carece de la vitalidad suficiente para soportar una operación grave ó prolongada. La hemorragia por ruptura rara vez es mortal si se emplea un tratamiento rápido y adecuado. La mortalidad en este caso es poco elevada.

El Dr. *H. N. Vineberg* cree que hay una gran variación en la cantidad de sangre derramada en la cavidad peritoneal. En la mayor parte de los casos no es suficiente para poner de un modo directo en peligro la vida de la enferma. Para resolver el problema de la operación deben tenerse en cuenta las circunstancias de cada caso individual, practicándola inmediatamente ó difiriéndola, según lo exija el estado de la enferma. En los casos de hemorragia brusca y abundantísima, la cavidad abdominal tarda poco en llenarse de sangre y la muerte puede sobrevenir por anemia.

Hay además que tener en cuenta en estos casos la influencia desfavorable de la compresión sobre el abdomen, porque éste al ser rechazado hacia arriba comprime á su vez el corazón y los pulmones. A pesar del colapso, la operación inmediata es de necesidad absoluta en estos casos, y si además se practica de la manera debida una inyección salina intravenosa, suele salvarse la vida á la enferma. En los casos de este género, la hemorragia y el colapso no deben ser considerados como contraindicaciones de la operación, como no lo es la hemorragia secundaria que sigue á cualquier acto operatorio importante. Está indicado operar lo antes y lo mejor posible.

El Dr. *E. E. Montgomery* dijo que la hemorragia puede ser debida á la ruptura de la trompa por perforación de su pared consecutiva al desarrollo de las vellosidades del corion, ó por desprendimiento parcial del saco fetal

con hemorragia en la cavidad del peritoneo á través de la extremidad abdominal tubaria con hemorragia en el útero ó con retención de la sangre en la trompa. El feto y su saco pueden pasar intactos al abdomen en el estado tan conocido de aborto tubario. En todos estos estados la hemorragia es un factor esencial, pero no se sigue; de aquí que el resultado sea la muerte, si no se practica una operación. En los casos tratados antes por la electricidad y en los que no se hizo el diagnóstico hasta que se produjo la ruptura, se cree que el coágulo que se había formado fué absorbido á consecuencia de la corriente eléctrica. Es probable que el resultado hubiera sido el mismo, no empleando la electricidad.

La formación del coágulo es el medio de que se vale la naturaleza para corregir la hemorragia, á lo que contribuye el descenso de la presión arterial. En los casos en que no interviene el cirujano, y en aquellos otros en los que no se forma un coágulo, la muerte resulta necesariamente por pérdida excesiva de sangre. Es tan importante en los casos de hemorragia abundante de este género ligar el vaso roto, como cuando la pérdida de sangre procede de la superficie ó de otra parte del cuerpo. En estos casos no deben emplearse los estimulantes hasta que el vaso roto ha sido ligado, porque aumentan la contracción cardíaca y la tensión arterial, y se reproduce la hemorragia.

El Dr. *C. C. Frederick* cree que la operación inmediata pocas veces es necesaria. En la mayor parte de los casos el diagnóstico de hemorragia tubaria se hace varios días ó semanas después de la primera ruptura, y la pérdida de sangre sólo es peligrosa pocas veces. Casi siempre se suspende al poco tiempo, pero se reproduce á intervalos más ó menos largos, con manifestaciones de colapso. El examen del índice de la hemoglobina, practicado á intervalos frecuentes, y el recuento de los glóbulos rojos, son los medios más eficaces para conocer si la hemorragia es progresiva. Si las manifestaciones de colapso y el análisis de la sangre demuestra la marcha progresiva de la anemia, debe operarse sin perder tiempo y estimular la circulación con las disoluciones salinas normales, la adrenalina, etc. Si la hemorragia ha cesado conviene esperar, empleando en tanto los calomenanos y preparando á la enferma para operarla en buenas condiciones.

El Dr. *G. T. Harrison* manifestó que en este caso debe observarse el principio de cirugía general de ligar todo vaso bastante grueso para producir una pérdida importante de sangre cuando esté dividido. Aunque la enferma se halle en un colapso profundo es preciso operarla, porque, de lo contrario, se pierde toda probabilidad de salvar la vida. Los peligros que se corren difiriendo la operación son tan graves, que jamás debe exponerse á ellos á la enferma.

El Dr. *E. H. Grandin* dijo que esta afección sólo es superada en malignidad por el carcinoma. Cuanto más se espera, mayor es el peligro. No es lógico ni prudente esperar á ver si la hemorragia se reproduce ó no. Sin embargo, si hay colapso es probable que la hemorragia activa haya cesado, en cuyo caso lo mejor es esperar á que reaccione la enferma, y entonces operarla por la vía abdominal siempre. No conviene administrar estimulantes hasta que el abdomen ha sido abierto y contenida la hemorragia. La inyección intravenosa de una solución salina es verdad que estimula á

la enferma, pero á la vez eleva la presión sanguínea y aumenta, por lo tanto, el peligro de la hemorragia. Cuanto más tarda en operarse después de cesar la hemorragia, mayor es el peligro de las complicaciones graves, y, por consiguiente, más elevada la cifra de mortalidad. En los casos en que se ha formado el hematocele, está permitido practicar la incisión vaginal y extraer los coágulos. Después se abre el abdomen, si lo permite el estado de la enferma, y se extirpa el ligamento ancho lesionado.

El Dr. *A. Lapthorn Smith* dijo que, según su experiencia de 41 casos, 2 de ellos terminados por la muerte, por desesperado que parezca el estado de la enferma no debe dejarse de emplear los medios quirúrgicos. Cree que á veces es posible diagnosticar el embarazo tubario antes de la ruptura. Aunque la enferma esté sin conocimiento á causa de la pérdida de sangre, conviene operarla sin perder tiempo en reanimarla, porque en este intermedio puede reproducirse la hemorragia. Es preferible abrir el abdomen, ligar el vaso lesionado y sustituir la sangre perdida con la disolución salina normal.

El Dr. *B. F. Baer* dijo que aceptaba el principio quirúrgico de la necesidad imperiosa de ligar un vaso roto, sea cual fuere su sitio. Esta regla es aplicable por completo á la hemorragia por ruptura del saco de la gestación tubaria. Si la enferma se encuentra en un estado de colapso profundo, puede haber duda respecto á la persistencia de la hemorragia, y en en este caso puede convenir dedicar algunas horas á reaminar á la paciente.

El Dr. *H. J. Boldt* cree que el criterio del cirujano es el que debe decidir cuál es el mejor tratamiento en cada caso particular. Conviene distinguir la hemorragia primera de la segunda al elegir el procedimiento que ha de seguirse. Por regla general, cuanto antes se opere en un caso de embarazo tubario mejor es, recordando, no obstante, que por lo común no es prudente exponer á la enferma á un nuevo traumatismo mientras se halla en estado de colapso. Si mejora, es preferible esperar y emplear la expectación armada. Si se sospecha que se reproduce la hemorragia, se opera desde luego, tardando en operar lo menos posible. En estos casos extremados está indicada la inyección intravenosa de una solución salina; además, conviene aplicar un torniquete sobre las extremidades inferiores. La solución salina debe ser inyectada también en la cavidad peritoneal, sin perder tiempo en buscar el embrión. Si la enferma se reanima, esto no quiere decir que haya pasado la necesidad de operar. Los únicos casos en que puede diferirse la operación, son aquellos en los que hay pruebas evidentes de la formación de un hematocele. En general, si existen los síntomas de la hemorragia, es preferible operar sin perder tiempo.

El Dr. *A. Martin* dijo que la hemorragia en estos casos debe ser tratada inmediatamente, según los principios quirúrgicos. El estado de la enferma en el momento de verla es el que decidirá si debe operársela al punto en su casa, ó si conviene trasladarla antes á un hospital. Debe operarse siempre por la vía abdominal.

El Dr. *S. C. Gordon* manifestó que en 1887 practicó su primera operación doce horas después de producida la ruptura, curando la enferma. Ha empleado la vía vaginal, pero cree que es preferible la abdominal. Si los

síntomas mejoran en un caso dado, se inclina á esperar, vigilando cuidadosamente á la enferma. Considera como sinónimos, en estos casos, el colapso y la hemorragia.

El Dr. *E. C. Cushing* reconoció que en algunos casos faltan los síntomas graves. El diagnóstico en estas enfermas depende de la existencia de un hematocele. Cuando faltan los síntomas graves está permitida la contemporización, y algunos casos curan sin hacer nada.

Experimentos recientes han demostrado que la inyección hipodérmica de suero de conejillo de Indias suele ser eficaz en los casos en que la hemorragia ha sido profusa.

El Dr. *Hunter Robb* aconsejó ser más conservador en el tratamiento de esta enfermedad. Aunque se tenga seguridad en el diagnóstico de hemorragia interna, la operación debe ser diferida con frecuencia. Esta indicada cuando hay colapso. En muchos casos la hemorragia no es de carácter peligroso.

El Dr. *W. M. Boree* cree que todos estos casos son de carácter quirúrgico y exigen el tratamiento operatorio. Aunque la hemorragia haya cesado debe tenerse en cuenta la posibilidad de su reproducción.

El corazón en el colapso. —El Dr. *E. Boise* dijo que se cree generalmente que el peligro del colapso es debido á la débil presión sanguínea, lo que hace suponer que depende de la parálisis vasomotora. Es la teoría de Crile, pero su conclusión es errónea. Howel supone que el descenso de la presión sanguínea en el colapso cardíaco es debida á la extenuación cardioinhibitoria.

Henderson cree que es debida á la deficiencia de bióxido de carbono en la sangre, y que cuando la muerte sobreviene de repente en colapso el corazón está contraído de una manera tetánica. El autor ha demostrado experimentalmente que el corazón en el colapso se halla en contracción tónica, cuyo grado varía según el de éste, las venas llenas de sangre y las arterias contraídas. El eléboro, administrado en estos casos, irrita los nervios periféricos y produce síntomas tóxicos. La adrenalina, inyectada en una vena, relaja el corazón y corrige así la repleción venosa. Los perros, en los que se practicaron estos experimentos, se hallaban anestesiados parcialmente con cloretona.

Anemia perniciosa de la gestación.—El Dr. *P. Findley* manifestó que esta enfermedad rara fué descrita primeramente en 1842, y que desde entonces hasta 1871 se habían publicado cinco casos, todos los cuales terminaron por la muerte. La mayor parte de estas mujeres se encontraban bien antes del embarazo; el aborto ocurrió en alguno de los casos, pero todas las mujeres que llegaron al término de la gestación murieron poco después. No ha podido explicarse su desarrollo durante este período. Suele anunciarse por hemorragias y colapso durante la segunda mitad del embarazo. Entre sus síntomas figuraba el estreñimiento, el vértigo, la pérdida de los reflejos y la disminución del número de glóbulos rojos. No está disminuída la cantidad de hemoglobina ni aumentado el número de linfocitos. Al hacer la autopsia se encontraron los órganos anémicos, con hemorragias intersticiales. En algunos de los casos hay mejoría durante algún tiempo y el parto es normal, pero el feto suele morir *in utero*, y la madre fallece á las

pocas horas ó á los pocos días del alumbramiento. El diagnóstico se hace por el examen de la sangre.

El Dr. *R. C. Norris* dijo que sólo había visto un caso en 3.000 partos. En esta enferma la sangre no se coaguló y hubo exhalación sanguínea persistente á través del tapón uterino. La muerte ocurrió cuarenta y ocho horas después del parto. Se administró sin éxito la adrenalina.

Tratamiento quirúrgico del prolapso uterino y vaginal. — El Dr. *J. S. Stone* indicó que el primero que ha desarrollado el principio en que se funda este tratamiento fué Simon. Está asociado también con los principios enunciados por Tait en su método de colgajo dividido. Hadra aconsejó asimismo un método por el cual la vagina es disecada é inserta al orificio interno. La influencia de Sänger en este asunto, así como la de Stoltz y Mac Kenrodt, ha sido grandísima. Sims, Emmet y Martin han contribuído también á la resolución del problema. La operación contra el cistocele rara vez es completa si no se practica á la vez otra sobre el periné. Casi nunca es necesario amputar la porción vaginal. Los métodos operatorios antiguos de extirpación de tiras de tejido de la pared vaginal anterior son ineficaces en absoluto. Las relaciones de la vagina con el útero prolapsado deben ser modificadas por completo. En los casos extremados es necesario abrir el peritoneo, dirigir hacia adelante los ligamentos anchos é insertarlos en la pared anterior del útero.

El Dr. *Goffe* cree que los órganos pelvianos lo mismo que las demás vísceras están sostenidos por ligamentos, y que todo método encaminado á corregir el prolapso debe tener presente este principio fundamental. Para curar el cistocele es, por lo tanto, esencial operar directamente sobre los ligamentos que sostienen el útero y la vejiga. Es necesario acortar los ligamentos redondos y sacro-uterinos, y sujetar la vejiga por medio de tres suturas al fondo del útero.

El Dr. *Martin* dijo que para obtener un resultado permanente en ese estado es preciso corregir los órganos de la pelvis. Un punto al que no suele prestarse la atención debida es el estado de la nutrición general. Si los tejidos se encuentran todos ellos en mal estado, no puede esperarse un resultado permanente de la operación. En las mujeres muy ancianas que padecen prolapso uterino es preferible extirpar el útero y todos sus anejos.

Endometritis exfoliativa.—El Dr. *H. Ehrenfest* dijo que este estado ha sido estudiado á fondo y descripto por el Dr. Engelmann. La membrana expulsada es completamente distinta de una caduca, y no es influída por el coito ni por el aborto. Sólo se observa durante la menstruación, y debe ser considerada como un hematoma tubario epitelial, que contiene gran número de glóbulos sanguíneos. La expulsión de esta membrana es dolorosa y contiene en abundancia tejido glandular é interglandular. Es sencillamente una exageración de la membrana menstrual fisiológica. Su desprendimiento va acompañado de derrame de sangre debajo de ellas y de contracciones uterinas. No hay proceso inflamatorio, pero sí desarrollo abundante de tejido esponjoso interglandular.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Tratamiento de las grietas del pezón.—Los Dres. Rudaux y Cartier aconsejan el tratamiento siguiente:

1.° Después de cada mamada, lavar ligeramente el pezón con:

Alcohol de 90°	100 gramos.
Agua esterilizada	500 —

Aplicar después, por medio de un taponcito de algodón, una de las preparaciones siguientes:

Bálsamo del Perú	aa 2 gramos 50 centígramos.
Tintura de árnica	
Agua de cal	15 —
Aceite de almendras dulces esterilizado	30 centígramos.

ó

Tintura de benjuí	aa 15 gramos.
— de bálsamo de tolú	

ó

Licor de Van Swieten	aa partes iguales.
Glicerina	

(Lepage).

ó

Borato de sosa	8 gramos.
Tintura de benjuí	12 —
Glicerina	20 —
Agua de rosas	40 —

(Marfan).

ó

Agua oxigenada á 12 volúmenes	1 parte.
— hervida ó glicerina	2 —

ó

Extracto de cáñamo indio	50 centígramos.
Tanino	1 gramo.
Glicerina	10 —

Estos tópicos deben ser cubiertos con una capa de gutapercha laminada ó con una rodaja de gasa esterilizada.

Se aconsejan también las pomadas siguientes:

Mentol	aa 50 centígramos.
Cloruro de cocaína	

ó

Oxido de zinc	5 gramos.
Tintura de benjuí	aa 10 —
Vaselina	
Manteca de cacao	30 —
Agua de rosas	2 gotas.

Se lava cuidadosamente el pezón con agua hervida, á la que se agrega una cucharadita de bicarbonato de sosa por vaso de agua.

2.° Si las grietas son muy dolorosas, se amamanta al niño con una pezonera.—(*Journal de med. et de chir. pratiques*).—F. Toledo.

Tratamiento de la tuberculosis vesical con inyecciones fenicadas, según Rovsing.—En la mayoría de los casos, la tuberculosis vesical se cura espontáneamente una vez extirpado el riñón tuberculoso. Sin embargo, hay una serie de casos en los que, debido probablemente á la larga duración del mal, está tan gravemente atacada la vejiga, que su afección no se llega á curar espontáneamente.

En estos casos, el Dr. Rovsing aconseja el siguiente procedimiento: después de haber limpiado la vejiga del pus que pudiera contener, se inyectan en ella 50 cent. cúb. de una disolución de ácido fénico al 6 por 100 á 35° C. y recientemente preparada. Al cabo de tres á cuatro minutos se da salida á dicha disolución, que presenta entonces un aspecto muy turbio y como lechoso. Se repite esta operación tres ó cuatro veces, hasta que el líquido salga bastante claro. El agua fenicada se evacua antes de extraer la sonda, pero después no se hace ningún nuevo lavado. En algún caso habrá que prescribir un supositorio con 2 centígramos de morfina.

El Dr. P. Rosenstein ha empleado este método con buen resultado en dos casos desesperados de tuberculosis vesical. Según dicho autor, el método de Rovsing es un procedimiento heróico, puesto que obra con una energía extraordinaria sobre el estado general, y á lo que parece ocasiona fácilmente colapso. Esto no obstante, produce el resultado apetecido cuidando de dosificarlo bien y de llevar con exactitud la observación clínica del caso.

Es de advertir que el Dr. Rosenstein inyecta, según la capacidad de la vejiga, de 40 á 50 cent. cúb. de una disolución fenicada al 5 por 100 y que no repite la inyección hasta que se han disipado por completo todos los fenómenos de reacción provocados por la inyección precedente.

(*Berl. klin. Wochenschr.*, 5 agosto).—R. del Valle.

Empleo del cremor tártaro en cirugía y su modo de acción.—Según el doctor M. Volpe, el cremor tártaro, ó bitartrato de potasa, atenúa en gran proporción la virulencia de las bacterias aerobias y destruye sus toxinas oxidándolas; aumenta los movimientos protoplásmicos de los leucocitos y acelera la diapedesis por su propiedad quimiotáxica positiva; favorece la granulación de los tejidos, gracias á su acción bactericida y á sus propiedades fagocitarias.

La acción bactericida es debida á un desprendimiento de oxígeno, porque la sangre negra, cargada de carboxihemoglobina, en contacto con el cremor tártaro, desprende pequeñas burbujas y adquiere un color rojo vivo, lo que equivale á decir que la sangre en contacto con este medicamento desprende oxígeno libre en estado naciente y la carboxihemoglobina se convierte en oxihemoglobina, fenómeno confirmado por el examen espectroscópico.

El cremor tártaro se emplea en suspensión en agua en la proporción de 0'50 por 100 ó en polvo, que se esparce sobre las úlceras.

(*Les Nouveaux Remèdes*, 24 agosto 1908). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DE LA FALTA DE PERSONALIDAD CLÍNICA DE LAS PSICOSIS HISTÉRICAS

POR EL

DOCTOR CÉSAR JUARROS

Médico primero de Sanidad militar.

Desde comienzos de este siglo de tal modo se fué ensanchando el cuadro clínico del histerismo, que llegó á amenazar absorber toda la patología nerviosa. Por comodidad, por ignorancia ó por ambas cosas á la vez, aplicábase, hasta hace muy poco, el calificativo de histéricos á los procesos más heterogéneos y de procedencia más desemejante. Bastaba que la etiología fuese obscura ó que los síntomas desapareciesen sin intervención alguna terapéutica para lanzar la palabra histerismo, y en tales errores caían no sólo médicos vulgares y poco duchos en neurología, sino clínicos de prestigio que llegaban á publicar como casos curiosos observaciones que, bien interpretadas, no se salen de las lindes de lo muy corriente. Véanse algunos ejemplos: Leon Tisier (1) ha publicado como muestra de afasia histérica una hemicránea izquierda con hemianestesia sensorial izquierda y afasia, consecutivo todo á un traumatismo á nivel mismo del centro del lenguaje articulado. No menos anómala es la observación de Adolfo Prandi (2) de una mujer que presentó durante seis días anuria é hipo persistente, sin fenómenos urémicos ni nerviosos, volviendo al séptimo día la función urinaria como si nada hubiese pasado. Pietro Timpano (3) considera histérico un sín-

(1) L. Tisier: Quelq. consid. sur un cas d'Aph hysteriq. *Arch. gen. de Med.*, 1905.

(2) A. Prandi: Anuria é hipo histéricos. *Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche*, 1906.

(3) P. Timpano: Un caso de histerismo simulando el síndrome de B. *The Jour. of ment. pat.*, 1907.

[illegible] de Brown Sequard por el sólo hecho de aparecer bruscamente y [illegible] al duodécimo día. Achard y L. Ramond [illegible] de [illegible]traumatismo vacunal el hecho de que un [illegible] un flemón del brazo derecho y después [illegible] á duchas, fricciones y baños sulfurosos. [illegible] estigma alguno histérico ni aun de degene[illegible]

[illegible] ha considerado como histérico un caso de parálisis [illegible] hubiera diagnosticado así por haber muchos da[illegible] carácter parquinsoniano de la dolencia. La rela[illegible] prolongarse indefinidamente.

[illegible] criterio tardó en invadir el campo de la psiquiatría; pero [illegible] tuvo lugar al fin y hoy van aumentando por momentos, en alarmante progresión, el número de diagnósticos de locuras histéricas, de delirios histéricos, etc. Ello y el hallarse en un momento crítico y amenazado de honda revolución el concepto de histerismo, es lo que nos incita á intentar precisar aquí cómo deben entenderse los trastornos mentales histéricos. Para lograrlo, lo primero que se impone es marcar bien lo que debe comprenderse por histerismo, hecho lo cual nos será ya fácil y llano arribar á conclusiones de aplicación práctica en lo psiquiátrico.

El histerismo fué mirado en la antigüedad como una enfermedad orgánica que tenía su asiento en el útero. Hoy ya tiene esta teoría pocos partidarios. La estadística de Bodenstein, que halló un histérico por cada diez histéricas, y la de Pitres, en que la proporción es de uno á tres, y otras muchas, como las de Souques, Mendel, P. Marie, etc., fueron el golpe de gracia que obligó á desterrar esta doctrina.

Para Lepois, Willis y Sydenham, el histerismo tiene un origen cerebral, siendo efecto de hallarse infiltrado el encéfalo por el *collu-vies serosa*, los espíritus animales ó los vapores.

Brodie y Briquet veían en él una enfermedad dinámica, una neurose, y Charcot, Gilles de la Tourette, Janet, Möbius y Strumpell, una enfermedad mental.

Según Sollier, era el resultado de un trastorno de las percepciones sensitivosensoriales y motoras, emanadas de centros cerebrales funcionando mal.

(1) Achard y L. Ramond: *Soc. de Neurol.*, 1905.

(2) A. Gaussel: La paralysie agitante hysterique. *Gazette des Hôpitaux*, 1907.

Grasset (1) acusa al sistema nervioso todo, alterado dinámicamente en cualquiera de sus puntos.

Janet hace depender de la principal disposición al embotamiento de los centros de asociación la tendencia al funcionamiento independiente, y, por consecuencia, á la detención de la función de los centros sensoriales (2).

Oppenheim (3) supone que los rasgos característicos del histerismo están constituídos por la excitabilidad anormal y los rápidos cambios de humor, debiendo entenderse los fenómenos corporales como una exageración morbosa de los que, ya en estado normal, acompañan á los afectos.

F. Jolly opina (4) que se trata de una exageración de la excitabilidad afectiva, de una gran excitabilidad de la imaginación y de una elevada sugestibilidad.

Crocq (5) opta por la siguiente solución: «El histerismo es un estado psico-patológico, caracterizado por la hiper-impresionabilidad, la disminución de la fiscalización cerebral y la hiper-sugestibilidad».

Freud (6) afirma que un número ilimitado de casos toma su origen en el dominio sexual.

Según Raymond (7), la psiconeurose histérica resulta de una modificación particular del dinamismo nervioso, caracterizada por un trastorno del régimen de los reflejos corticales ó subcorticales. Estos, inhibidos ó excitados, engendran la disociación de las operaciones fisio-psicológicas y su funcionamiento aislado; así se crean síndromes nerviosos, más ó menos durables, en los diversos dominios que regulan estos reflejos.

Para M. Palhas (8), el histerismo es una neuropsicosis de evolución, constituída durante el curso del desarrollo del eje cerebro-espinal por un excesivo predominio funcional de los centros del psiquismo inferior, predominio que tiende á mantener un estado de des-

(1) Grasset: La théorie psychologique de l'hysterie, *Montpellier Médical*, 1898.

(2) Datos tomados de G. de la Tourette, Hyterie en el *Traité de Médecine*, t. X, París, 1902.

(3) Oppenheim: *Tratado de enfermedades nerviosas (v. española).*

(4) F. Jolly: *Tratado de Medicina Clínica*, *Ebstein*, t. IV *(v. española).*

(5) Crocq: Def. et nat. de l'Hysterie, *Journal de Neurologie*, 1907.

(6) C. G. Jung: Die Hysterielehre Freuds, *Munschner Med. Wochenschrift*, 1906.

(7) Raymond: Consid. gen. sur l'Hyst., *Bulletin Médical*, 1907.

(8) M. Palhas: Congrès Geneve-Lausanne, *Revue Neurolog.*, 1907.

equilibrio, ó por lo menos una tendencia á él; favorable por una parte á la usurpación del psiquismo consciente por el inconsciente, y por otra á las múltiples manifestaciones que son la repercusión de esta anormal condición sobre diversos puntos del territorio nervioso central y periférico.

Claude (1) es partidario de que el histerismo sea comprendido como una diátesis, que tiene generalmente su origen en un estado constitucional del sistema nervioso; el neurosismo, caracterizado por una falta de regulación en los procesos reflejos elementales psíquicos ú orgánicos. Adquiere su característica como consecuencia de la facultad, poseída por el individuo consciente ó inconscientemente, de aislar ciertas percepciones ó apercepciones y de dejarlas tomar, durante un tiempo más ó menos largo, fuera de la actividad psíquica superior, una importancia tal que ejercen una acción dinamógena considerable sobre ciertas funciones, gracias á la modificación primitiva de los reflejos y á expensas de otras percepciones y apercepciones recluídas en la sombra.

Schnyder (2), ampliando aún más, cree al histerismo la manifestación psicopatológica por excelencia, la expresión más primitiva, la más ordinaria de las debilidades mentales. La enfermedad de los jóvenes y la de la infancia de la humanidad. Un modo de reacción anormal del individuo frente á las exigencias de la vida.

Como se ve, en estas últimas definiciones la confusión ha ido siendo cada vez mayor, introduciéndose ideas filosóficas y hasta morales como elementos de enjuiciamiento, lo que ha acabado de embrollar el asunto. Antes que definir, urgía saber lo que se iba á definir, y Bernheim (3) comenzó á talar despiadadamente, llegando á las siguientes conclusiones verdaderamente radicales:

1.ª La entidad morbosa histerismo, no existe.

2.ª La palabra histerismo debe reservarse para las simples crisis de nervios.

3.ª Estas no son más que reacciones emotivas psico-dinámicas desarrolladas en ciertos sujetos, á consecuencia de emociones sobre fondos de enfermedades psíquicas tóxicas ú otras que crean la ansiedad, en algunos casos histerógena.

4.ª Los síntomas psíquicos: desagregación mental, abulia, estrechamiento del campo de la conciencia, cuando existen, son debidos

(1) Claude: *Congrès de Geneve-Lausanne.*
(2) Schnyder: *Congrès de Geneve-Lausanne.*
(3) Bernheim: *Congrès de Geneve-Lausanne.*

á las enfermedades psíquicas, sobre las cuales la crisis nerviosa se desarrolla á título de epifenómeno.

5.ª Este epifenómeno puede ser suprimido por la educación del sujeto.

Babinski (1) emplea como medio de distinción entre lo histérico y lo no histérico, la sugestión. Para él toda manifestación morbosa es histérica, si puede ser reproducida por sugestión con exactitud rigurosa y desaparece bajo la influencia de la persuasión.

Este grupo de fenómenos, llamados por Babinski pitiáticos, es el que constituye el fondo del histerismo; todos los demás que se le atribuyen, deben borrarse del cuadro de dicha enfermedad.

Podrán ó no tener razón, que esto luego lo veremos, Bernheim y Babinski; pero no debe regateárseles el gran mérito de haber iniciado la labor de selección de ese caos que ahora constituye la neurose que nos ocupa. Hay que apartar en primer término un número considerable de síntomas, que se suelen llamar histéricos por efecto de una tendencia errónea á no admitir clínicamente procesos nerviosos agudos. Todo síndrome que evoluciona y cura sin dejar rastro alguno es, en neurología, creído histérico las más de las veces. Tiénese toda lesión nerviosa por irreparable, y por efecto de la costumbre hay una repugnancia instintiva á diagnosticar lo agudo. Se cree en bronquitis de cuatro días, en enteritis de tres; pero no en la posibilidad de que una alteración medular ó cerebral llegue á curarse en una semana. Pruébanlo así algunos de los casos expuestos al comienzo de este artículo. Infinidad de esas parálisis dichas histéricas por su aparición y desaparición brusca, reconocen este origen.

Es forzoso descartar también, porque así lo exige la clínica, todos los síntomas que pertenecen á la degeneración. Todo histérico lo es, porque es degenerado. El histerismo no es sino una de las múltiples modalidades clínicas de la degeneración. Briquet (2), en 80 casos de histerismo estudiados por él desde el punto de vista hereditario, ha encontrado 58 veces el histerismo de los padres, dos la alienación y tres la epilepsia. Ballet (3), Marquezy (4) y Tabaraud (5), han demostrado la asociación del histerismo con los estigmas de degenera-

(1) Babinski: *Congrès de Geneve-Lausanne.*
(2) Citado por G. de la Tourette, loc. cit.
(3) E. Ballet: *Arch. gen. de Med.*, 1888.
(4) Marquezy: L'homme hysterique, *Bull. med.*, 1888.
(5) Tabaraud: Des rapports de la deg. men. et de l'hyst., *Th. Paris*, 1888.

ción. Joffroy (1) expuso ya en 1894 su opinión perfectamente razonada y documentada de que el histerismo es un efecto de la degeneración. Roubinowicht (2) ha probado, de modo indudable, la coincidencia entre los estigmas de degeneración y el histerismo, utilizando los enfermos de Sainte-Anne desde 1875 á 1890. Mendel admite igualmente la herencia como factor importantísimo. Weygandt (3) supone que interviene en el 75 por 100 de los casos. Para Oppenheim, el germen del padecimiento es con suma frecuencia congénito, hereditario. Charcot y sus discípulos consideran el histerismo como una dolencia siempre heriditaria. F. Jolly cree la herencia la causa más importante del histerismo.

Hay que apartar igualmente un grupo de síntomas debidos á la acción irritativa de lesiones nerviosas crónicas de poca importancia, y que por ello pasan generalmente desapercibidas. Son las sorpresas de muchas autopsias de enfermos diagnosticados de histéricos. Esas lesiones, como dice H. Claude, al obrar sobre un terreno predispuesto, constituyen en parte una espina excitante del dinamismo nervioso que favorece la prolongación indefinida de los accidentes. Un buen ejemplo de esto es los dos casos del mismo Claude (4). En uno se encontró lesiones meníngeas, encefálicas y una hemiatrofia de la médula. Parte de estas lesiones eran debidas á la senilidad; pero aparte había otras que indicaban que el sistema nervioso no era normal, aunque no se pudiese determinar la medida en que las lesiones habían podido intervenir para trastornar el estado funcional de los centros nerviosos. En el segundo existían lesiones meníngeas de las circunvoluciones frontal y rolándica del lado derecho, hemiatrofia de la médula izquierda y alteraciones difusas de orden diverso de la médula; la más importante, una meningomielitis marginal de la región lumbosacra con esclerosis de ciertas raíces.

Réstanos aún por cercenar los mal llamados estigmas histéricos. Los tan decantados trastornos de la sensibilidad tenidos por patognomónicos, son casi siempre de origen médico por efecto de una técnica defectuosa. Así lo han comprobado veces y veces Babinski y Ballet. Souques (5), desde que explora la sensibilidad tomando las

(1) Joffroy: *Congreso Clermont-Ferrand*, 1894.

(2) Roubinowicht: Hysterie male et degenerescence, *Th. Paris*, 1890.

(3) Weygandt: *Atlas-Manuel de Psychiatrie* (ver. francesa), 1904.

(4) Claude: Examen des centres nerveux dans 2 cas d'Hyterie *L'Encephale, 1907*.

(5) Souques: *Société de Neurologie*, 9 de abril de 1906.

precauciones indicadas por Babinski, asegura que no encuentra esas alteraciones. Brissaud piensa lo mismo, y Meige llega á suponer que si la hemianestesia predomina en el lado izquierdo es porque el observador, teniendo un alfiler en la mano derecha, comienza naturalmente por pinchar el lado izquierdo del enfermo, colocado enfrente de él. La discromatopsia, según Brissaud (1) y cuantos han seguido sus consejos, no se observa desde que se la busca valiéndose del diploscopio, porque hace imposible toda superchería. Las técnicas de Babinski y Brissaud también han hecho disminuir el número de observaciones de estrechamiento del campo visual.

Como ha hecho notar Rochon-Duvigneaud (2), muchos diagnósticos de estrechamiento eran consecuencia de que los enfermos no se daban cuenta clara de lo que se les preguntaba. El bolo histérico ha perdido todo derecho á llamarse así; investigaciones concienzudas de Buch (3) han puesto en claro que la sensación de bolo es debida á una hiperalgesia del simpático, que puede hallarse dentro y fuera del histerismo, pues nada tiene que ver con él. Los trastornos ambulatorios automáticos histéricos (4), en nada se diferencian de los que presentan los epilépticos, y en general todos los degenerados. La abolición del reflejo faríngeo se presenta (5) no sólo en el histerismo, sino en la epilepsia, la neurastenia, la parálisis general, la hemiplegia, el tumor cerebral y los individuos sanos. Su existencia en el histerismo tampoco es constante.

Después de esta serie de podas, parece inclinarse el ánimo á dar la razón entera á Bernheim y á Babinski. Sin embargo, no la tienen. Un exceso de reacción les llevó á caer en el mismo defecto que quisieron combatir. Tan inexacto es el concepto de histerismo actual como el por ellos combatido. La hipersugestibilidad forma, sí, parte del histerimo; pero también forma parte de la neurastenia, de la degeneración y de toda mentalidad débil ó inculta. Hay muchos síntomas que pueden producirse y hacerse desaparecer, sin que por esto sea lícito calificarles de histéricos, como gastralgias, vómitos en gastritis alcohólicas, toses en catarros bronquiales agudos, etc. (6). No es esto sólo; Babinski, en su afán de huir de la sugestión, acaba por sugestionarse á sí propio en sentido contrario.

(1) Brissaud : *Soc. de Neurol.*, 9 abril 1908.
(2) Rochon-Duvigneaud : *Soc. de Neurol.*, 9 abril 1908.
(3) Buch : Globesgefühl und aura, *Archiv. f. Psychiatrie*, 1905.
(4) R. Simonini : *Il Morgagni*, 1906.
(5) Guerra-Cappiolt : *La Riforma Medica*, 1907.
(6) Sánchez Herrero: *El Hipnotismo y la sugestión*, 8.ª edición, 1905.

Se puede ser sugestionador positivo (hasta ahora lo eran todos los neurólogos); Babinski lo es negativo (1). No cabe dudar que hay síntomas histéricos que resisten á la sugestión. Tales son todos los relativos á su personalidad mental. Y precisamente esta es la característica del histerismo: la perturbación psíquica, curable en unos casos, no en otros. El histerismo no es, ni más ni menos, que un estado anormal psíquico—luego veremos en qué consiste—fruto de la degeneración, cuya reacción, frente á ciertas causas físicas tóxicas ó infecciosas, tradúcese en el ataque. Ordinariamente la emoción es la que lo determina, pero también pueden determinarlo las otras causas indicadas. Andrea Borri (2) ha probado que los estados convulsivos van casi siempre acompañados de dispepsia gástrica ó intestinal. En el histerismo predominan las insuficiencias de secreción. Yo conozco una histérica, en la cual la menor trasgresión en el régimen alimenticio ocasiona un ataque. Las gastritis histéricas, tan bien estudiadas por Mathieu (3), no siempre son efecto, sino muchas veces causa. Las histéricas sufren el ataque como los predispuestos deliran por una angina catarral. Es la traducción dinámica de su modo especial de ser.

Es decir, que lo importante en el histerismo es lo mental, caracterizándose éste por una impresionabilidad extrema de los centros psíquicos, una gran sensibilidad á las acciones exteriores y un fuerte desarrollo del espíritu de imitación. Colin (4) y Richer (5) lo han descrito admirablemente, y con ellos han coincidido cuantos del asunto se han ocupado.

Ahora bien, ninguna de estas particularidades psíquicas pertenecen exclusivamente al histerismo; lo único peculiar es su *intensidad* y *asociación*. Forman parte todas del cuadro de las manifestaciones mentales morbosas de los predispuestos, de los degenerados, de los sujetos de cerebro mal desarrollado. Por esto hay gran semejanza entre el carácter de los histéricos y el de los niños (6); unos y otros son fantásticos, caprichosos y egoistas; predominan la imaginación y el sentimiento sobre la razón y la reflexión (7). Todos los síntomas

(1) Cruchet: *Société de Neurologie*, 7 mayo 1908.
(2) A. Borri: *Gazzetta degli Ospedali é delle Cliniche*, 1907.
(3) Mathieu et A. J. Ch. Roux: La hyterie gastrique, *Gazette des Hôpitaux*, 1906.
(4) Colin: *Traité de pathologie mentale*, G. Ballet.
(5) Richer: Etudes clin. sur l'hhystero-epilepsie. París, 1891.
(6) Ganser: Ueber einen sigernartigen hysterischen, *Archf Psych*, 1897.
(7) Clopatt: *Etudes sur l'hysterie infantile*, 1888.

mentales de los histéricos revelan, según Regis (1), una falta absoluta de equilibrio intelectual. En un fondo psíquico así constituído, la emoción y la sugestión encuentran un gran campo de acción y dan lugar al ataque y á otra porción de síndromes; porque el hecho de irse poniendo en guardia contra abusos de diagnóstico, como los que ahora se cometían, no quiere decir que muchas parálisis, aparecidas por una emoción y por otra emoción desaparecidas, no sean histéricas. Y digo emoción porque, pese á Babinski, la sugestión obra muchas veces más por la emoción producida en el enfermo que por verdadera acción sugestiva. Las reacciones somáticas frente á las tensiones de espíritu, cuando la voluntad es sana y fuerte, no suelen traer consecuencias, y sí en los histéricos las traen: afasia, ceguera, parálisis, ataque, es porque la voluntad es flaca. Esos casos, tan repetidos, de personas que al recibir la noticia de la muerte de un hijo queden mudas y recobran el habla al presentarse éste á deshacer el error, son manifestaciones histéricas en muchos casos, aunque no intervino la sugestión. Y deberán diagnosticarse así si el estado mental del individuo es el arriba indicado.

Sobre este terreno puede desarrollarse todo género de psicosis; pero ¿adquieren éstas la suficiente personalidad para justificar la creación de un capítulo aparte? Asunto es este que ha dado lugar á infinitas controversias. Para Jolly los ataques psíquicos no son más que las fases de confusión mental inherentes al ataque histérico que se presentan aisladas. Según Mendel, el histerismo puede provocar una afección psíquica: 1.°, precediendo ó subsiguiendo un trastorno psíquico al ataque de histerismo, locura pre ó post-histérica; 2.°, apareciendo como equivalente del ataque histérico; 3.°, desarrollándose una psicosis de curso subagudo ó crónico sobre un fondo de fenómenos histéricos, y 4.°, una psicosis que se desarrolle en un histérico independientemente del histerismo. Colin no cree (2) que exista la locura histérica y con él opinan Féré (3), Dejerine (4) Gilles de la Tourette (5), Pitres, etc. En cambio Esquirol sostenía que del histerismo se pasa fácilmente á la locura de la que no es en muchos casos más que el primer paso. Moreau de Tours (6) opinaba que la locura llama-

(1) Regis: *Precis de Psychiatrie*, 1906.
(2) Colin: *Essai sur l'etat mental des hysteriques*. París, 1890.
(3) Féré: La famille neuropathique. *Arch. de neurol.*, 1884.
(4) Dejerine: *Th. d'agregation*.
(5) G. de la Tourette: *Traité de l'hysterie*. París, 1891.
(6) M. de Tours: *La folie neuropathique*, 1869.

da histérica no era en realidad más que un simple delirio. Regis (1) sustenta la idea de que si bien hay histéricos alienados, no existen locuras histéricas. Legrand du Saulle (2) admite tres grados: en el primero, el histerismo es ligero, las facultades afectivas están un poco disminuídas, es el neurosismo más que el histerismo propiamente dicho. Al grado siguiente el trastorno es más pronunciado, el modo de percibir las impresiones y de reaccionar contra ellas demuestra un desequilibrio de las facultades. Un páso más y el histerismo es grave, conduciendo á los actos más extraños y audaces, á las acusaciones más odiosas, á las denuncias más falsas. El cuarto grado es la locura histérica.

Kraft-Ebing (3) describe un delirio transitorio, un delirio prolongado y psicosis histéricas.

Entre ideas tan contradictorias es difícil orientarse, y el único medio de lograrlo es ir repasando una á otro los cuadros clínicos y ver si en ellos hay algún carácter que puede servir de distinción.

Delirio. — Los histéricos deliran como los predispuestos. Arnaud dice en el excelente tratado publicado bajo la dirección de Ballet (4), que los predispuestos no necesitan para delirar período de incubación. «Es frecuente ver restablecerse el equilibrio bruscamente y desaparecer el delirio con la misma rapidez con que había hecho su aparición». Las concepciones delirantes son polimorfas é irregulares. De esto á los caracteres de delirio histérico no hay ninguna distancia. En efecto, el delirio histérico es un delirio variable, polimorfo, mezclado con alucinaciones muy semejantes al del alcohólico. Es un delirio onírico, muchas veces con zoopsia. Un dato que todos los tratadistas se cuidan mucho de señalar es su carácter pasajero. Suele durar sólo dos horas. Aparece de pronto y de pronto desaparece, dejando á los enfermos calmados y normales (Colin).

Vamos ahora á demostrar que el delirio histérico es un delirio tóxico, una confusión mental alucinatoria. Los confusionales deliran como los histéricos. Bastará recordar en apoyo de estos asertos, las grandes semejanzas del delirio histérico con el delirio alcohólico, que han hecho decir á Colin que es probable que en los dos casos haya excitación de los mismos centros psíquicos. Pero lo curioso es que los delirios alcohólicos, y por tanto los histéricos, se parecen

(1) Regis: Loc. cit.
(2) Legrand du Saulle: *Etat physique et etat mental de l'hysterie*, 1883.
(3) Kraft-Ebing: *Traité clinique de Psychiatrie*, v. francesa, 1897.
(4) G. Ballet: *Traité de pathologie mentale*, 1903.

también intensamente á los palúdicos (1), no como quiere Folly (2), porque esos palúdicos sean alcohólicos, sino porque ambos son delirios tóxicos, del tipo del delirio onírico, tan claramente limitado por Regis (3) y Chaslin.

Ninguna de las bases de distinción del delirio histérico que los autores citan, tienen gran valor. Las tendencias al suicidio señaladas por Legrand du Saulle (4) y Taguet (5) coinciden con la que Regis ha hecho notar en la auto-intoxicación gastro-intestinal y con las existentes en otra multitud de alucinaciones.

La forma delirante del histerismo infantil que ha descrito G. de la Tourette (6) y Briquet corresponde exactamente al delirio de los niños desequilibrados estudiado por Saury (7) El delirio profético que Regis considera como una variedad del delirio histérico, le ha hallado Vaschide (8) en 27 puérperas, coincidiendo con la subida de la leche. La lista sería interminable. En resumen, que como ya he probado (9) otra vez, no existe el delirio histérico, y sí sólo histéricos que deliran como lo hacen todos los predispuestos, entre los cuales figuran ellos.

Automatismo ambulatorio.— Pitres (10) ha descrito muy bien estos trastornos, y siguiendo sus descripciones, es fácil ver que tampoco cobran ninguna peculiaridad cuando se presentan en los histéricos, hasta el extremo de que para hacer el diagnóstico es necesario recurrir á buscar los estigmas y á presenciar los ataques histéricos, de los cuales suele ser una transformación el automatismo, porque de otro modo se hace muy difícil establecer la distinción entre los de origen histérico, epiléptico y alcohólico (11). Para Pitres, en los pródromos estaría la única diferencia. Recuérdese el trabajo de Simonini (12) ya citado.

Aparte del delirio y del automatismo pueden presentar los histé-

(1) Regis: *Psychoneuroses et psychoses du paludisme*, *Bull. med.*, 1905.
(2) Folly: Les paludeens delirants, *Le Caduces*, 1905.
(3) Regis: *Acad. de med.*, 1901.
(4) Legrand du Saulle: *Les histeriques*, 1883.
(5) Taguet: Du suicide dans l'histerie, *Ann. med. psych.*, 1877.
(6) G. de la Tourette: *L'hyp. et les etats and. au point de ons med. leg.*, 1887.
(7) Saury: *Etude clinique sur la folie hereditaire*, 1886.
(8) Vaschide: Quelq reves prophetiq lies à la montee du lait, *Rev. de Psychatrie*, 1906.
(9) C. Juarros: Acerca de la verdadera naturaleza del delirio histérico. *R. Sanidad Militar*, 1907. Análisis en la *Revue Neurologique*, 1907.
(10) Pitres: *Leçons sur l'hysterie et l'hipnotisme*. Paris, 1891.
(11) Colin: Automatisme ambulatoire alcoolique, *Gazette des Hôpitaux*, 1890.
(12) Simonini: *Morgagni*, 1906.

ricos todas las vesanias ordinarias, la manía, la melancolía, el delirio de persecución, etc., aunque sin imprimirlas ninguna sintomatología especial.

Mendel (1), aun creyendo, como sabemos, que el histerismo puede engendrar psicosis, dice que lo único que permite decidir si se trata ó no de una psicosis histérica, es la comprobación de los síntomas histéricos combinados con los propios de la psicosis, ó lo que es lo mismo, que el hecho de ser histérico el enfermo no introduce cambio alguno en la psicosis, evolucionando uno y otra independientemente. El histérico, por ser degenerado, es histérico, y por ser degenerado, también presenta las perturbaciones psíquicas de éstos. Las perversiones, las tendencias al suicidio que se han atribuído infinidad de veces al histerismo, son hermanos de éste, no sus hijos. Pitres ha dicho: «La manía histérica no difiere en nada de la manía ordinaria». Algunas descripciones en que, como en la de Sollier (2), se ha intentado caracterizar la manía histérica, han resultado calcos fidelísimos de la manía vulgar. Cuando se dice que un histerismo ha acarreado una demencia, se trata casi siempre de primeros períodos de catatonia ó de paranoía mal diagnosticados. Como en un arranque de sinceridad ha escrito Edridge Green (3), que muchos casos llamados de histerismo por algunos médicos, son de locura para otros más cultos. La falta de precisión de los diagnósticos ha sido la causa de que la confusión llegase al período actual, peligroso para el enfermo, pues son aún muchos los que siguen pensando que el histerismo es curable (4), idea totalmente errónea, pues, como hemos visto, se trata de algo congénito, que si bien puede modificarse, es imposible curar.

Hay que reconocer que asiste una gran razón á Terrien (5), cuando dice que lo mismo que no puede decirse que se ha curado un artrítico ó un heredosifilítico cuando se han suprimido los accidentes de su artritismo ó de su heredosífilis, así tampoco debe llamarse curado á un histérico porque cesen sus ataques, siendo de gran importancia la vulgarización de esta idea, por poder ocurrir que un diagnóstico equivocado y una falsa idea pronóstica basada en el diagnóstico, lleve á dar como curable fácilmente y de poca importancia una psicosis.

(1) Mendel: *Tratado de Medicina clínica*, Ebstein, t. 4.°
(2) Sollier: *Guide practique des maladies mentales*. París, 1898.
(3) V. Edridge Green: *The Journal of mental Science*, 1904.
(4) Raymond: *Congrès de Geneve-Lausanne*.
(5) Terrien: ¿L'hysterie est-elle curable? *Le Progrès medical*, 1908.

En conclusión : *el histerismo debe considerarse como una modalidad de la degeneración, una de cuyas maneras de reaccionar frente á diversas excitaciones es el ataque, su único signo patognomónico; no existiendo psicosis histéricas y sí psicosis en histéricos, las cuales siguen fielmente el mismo curso y presentan el mismo cuadro que en los demás degenerados, sin más diferencia que la coexistencia del estado mental que constituye el histerismo, pues casi todos los trastornos somáticos que se le han atribuido no le pertenecen.*

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO : I. Diabetes conyugal. — II. Bacilo de Achalme: acciones morbosas.—III. Fiebres efímeras: patogenia.—IV. Meningitis cerebro-espinal epidémica: profilaxis.—V. Sobre la etiología del *craw-craw*.—VI. La pelagra en Argelia: frecuencia y etiología. — VII. Acción patógena del enfriamiento.—VIII. Acción de las autotoxinas del colibacilo y del bacilo bífido sobre algunos gérmenes anaerobios.—IX. Enteritis producidas en los niños por la leche de vacas alimentadas con hojas de remolacha y de col violeta.

I. La diabetes conyugal, objeto de numerosas investigaciones, ha entrado en una época de mayor laboreo con motivo de la comunicación presentada por Senator á la Sociedad médica de Berlín en este año. La cuestión está planteada en estos términos: algunos autores han observado que proporcionalmente hay muchas familias cuyos dos cónyugues son diabéticos. De ser así, hay que buscar el motivo de la posibilidad de un contagio, contagio que defienden varios autores, apoyados en experimentos hechos en animales.

En efecto, con la sangre de un diabético se puede producir en los perros una glucosuria duradera; de la sangre de diabéticos han sido aislados gérmenes bacterianos no bien precisados, con los cuales, inoculados bajo la piel, se determina la diabetes en los animales.

De todos modos, la proporción de esposos afectados es mínima. Senator, en 770 casos, ha visto en 9 la diabetes conyugal, y en otra serie de 897 en 16, es decir, 1'2 á 1'8 por 100. Naunyn ha encontrado 1'3 por 100, Boisumeau 1'18 y Oppler y Külz 0'94.

La verdadera estadística debiera estar inspirada en la comparación de los casos en que están afectados los dos esposos y en aquellos casos en que sólo hay uno de ellos, y esto es lo que ha hecho Senator. Divide los diabéticos en tres grupos: 1.°, todos los casados, comparando la proporción con los matrimonios glucosúricos; 2.°, casados los casados de menos de seis meses; 3.°, casos en que la curación ha pasado de un año. Hechos estos deslindes, nota que en 1.° casos de individuos casados, había 19 veces la enfermedad en el marido y en la mujer (3'7 por 100). De estos 19 casos, en 4 existía la diabetes en la familia de uno y otro cónyuge: la herencia diabética. Quedan, pues, 15, y con ellos (30) no cree Senator haya fundamento serio para admitir la contagiosidad, el paso de uno á otro.

Teissier ha recogido varios casos de esta diabetes, en los cuales es negable la contagiosidad. Una lavandera, de sesenta y dos años, enferma de diabetes á los seis meses de haber lavado la ropa de un diabético grave y la de una sobrina afectada del mismo mal. Un gotoso, con herencia diabética familiar, tuvo glucosuria; á los seis meses, su criada, hasta entonces sana y robusta, que lavaba la ropa del enfermo, es afectada, como también lo fué otra mujer de cincuenta años que le ayudaba.

Kulz ha visto la diabetes en una misma casa y además en una sirviente que estaba en casa de una diabética.

Naunyn ha encontrado la glucosuria en cuatro individuos, no parientes, que ocupaban el mismo domicilio, y en una joven que permaneció algunos días con una pariente que era glucosúrica.

Teissier narra el caso de un médico de cuarenta y dos años, que se hizo glucosúrico después de haber amputado la pierna de un diabético.

Mas Senator observa que estos casos y otros semejantes son, sin duda, curiosos, pero no prueban la contagiosidad. Muchas veces se averigua una diabetes por casualidad, la que suele permanecer latente hasta ese acaso ó cuando hay signos que la indican antes del análisis. Además, marido y mujer siguen el mismo género de vida, el mismo régimen alimenticio, y así se comprende que, dada la predisposición en ambos cónyuges, sea más fácil que aparezca la diabetes contemporáneamente en ellos.

En cuanto á los experimentos, si Freunde y Topfer han hecho glucosúricos á animales inyectándoles subcutáneamente extracto acuoso del contenido intestinal de diabéticos; si Kaufmann y Hammerschlag han conseguido lo mismo valiéndose del cultivo de

una bacteria de las materias fecales inoculada en las venas de un perro; si Leo, con experimentos análogos, llega á la conclusión de que la diabetes debe ser ocasionada por un agente tóxico, pero que no tiene los caracteres de fermento, y si Lépine y Boulud han aislado de la orina de los diabéticos una substancia que provoca la glucosuria en los animales inoculados, Senator no ha obtenido otra cosa que resultados negativos.

En síntesis: los experimentos no resuelven, por ahora, que la diabetes sea una enfermedad contagiosa propiamente dicha; las indagaciones clínicas son todavía muy dudosas, y si no se puede excluir la existencia de una diabetes contagiosa, es poco verosímil que todas las diabetes sean de naturaleza infectiva.

II. El bacilo de Achalme ha dado motivo para dos comunicaciones á la *Soc. med. des hóp.* (20 de marzo de 1908).

La una es de Thiroloix y Stevenin. Se refiere á un caso de pleuresía fétida, cuyo agente causal ha sido este bacilo (variedad vulgar, todavía llamada *bacillus perfringens*); tenía todos los caracteres de familia, si bien en los cultivos presentaba diferencias que le daban atributos especiales.

La otra es de G. Rosenthal y de la Srta. Joffé. Son dos casos de reumatismo cerebral: uno mortal, como el referido por Trousseau, con destrucción grasosa de la célula hepática é infección generalizada del bacilo de Achalme (variedad reumatismal); otro curado (electrargol, punción lumbar) con la misma variedad, cuya obtención se logra fácilmente mediante la hemocultura en globo cerrado.

III. Las fiebres efímeras, ese brote febril pasajero, sin pródromos y sin convalecencia, con síntomas leves, pasajeros y que no tienen nada de característicos, tan frecuentes para los autores antiguos y hoy raras y sin casillero en donde colocarlas, han sido estudiadas bacteriológicamente por Sacquepée. (*Idem, id.*, id., id.).

La siembra de la sangre, hecha tres veces, ha dado en todos los casos un cultivo puro de tetrágenos (blanco, dorado ó de color salmón) y el suero es también específico (aglutinación, sensibilización), respecto al tetrágeno aislado de la sangre.

Son, pues, pequeñas infecciones tetragénicas. Una nueva prueba de que las fiebres son septicemias específicas.

IV. La meningitis cerebro-espinal epidémica, frecuente en la población militar alemana, que se va extendiendo fuera de ésta y que alcanza á Francia, ha motivado dos trabajos de médicos militares franceses, publicados en *Archives de Médecine militaire*, desde el

punto de vista profiláctico. Hoy las medidas preventivas son racionales, pues se sabe que esta meningitis es causada por el meningococo de Weichselbaum, cuya residencia principal son las fosas nasales, y así, para detener una epidemia incipiente, habría que examinar cuáles son los individuos que tienen el germen en las mencionadas fosas, individuos que son los peligrosos.

Mas, como dicen Braün y Marotte, esta investigación es poco práctica, pues dado lo breve del período de incubación, cuatro días, y el número grande á las veces de un grupo militar, la inspección bacteriológica no es fácil ni se realiza en corto plazo; y mientras se buscaban los individuos peligrosos, la epidemia se extendería. Vale más desinfestar las fosas nasales y la garganta de todos los que estuvieron en contacto con los enfermos, de todos los que habitaron el mismo departamento.

En este sentido hay tentativas interesantes. El agua oxigenada, que dió buenos resultados (Kache, Tesis de Breslau, 1906), no es aceptada por Ostermann. Las soluciones de argonina, protargol, mentol, timol, serían eficaces. Es más sencillo y está muy recomendado el uso de polvos: sacarina (epidemia de Kehl, ídem del regimiento núm. 98 de infantería en Lyon), sozoiodol (epidemia de Munich), piocianasa (experimentos recientes de Iehl).

La desinfección de los pañuelos con lejía de carbonato sódico, es perentoria y precisa, así como la esterilización de la ropa de cama. La desinfección de los departamentos no parece muy necesaria, pues el meningococo no tarda en perder su virulencia fuera del organismo.

A lo recomendado puede añadirse la segmentación de la colectividad en pequeñas unidades.

Job y Grysez vienen á aceptar lo mismo, pero recomiendan el examen bacteriológico, hoy preceptivo en el ejército alemán. El aislamiento de los portadores de meningococos es la medida preventiva más racional.

V. Como médico militar de las tropas coloniales, ha estado largo tiempo L. Rougier en el Congo medio y en Gabón, países en los que es frecuente sufran los europeos y los indígenas una úlcera especial de los miembros inferiores (rarísima vez de los superiores), el *craw-craw*, cuyas descripciones son incompletas ó discordantes en los autores. Por eso ha creído interesante rehacer la historia (*Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des craw-craw.—Gazette des hôp.*, 9 abril de 1908), ya que la frecuencia es tal, que una

compañía de tiradores senegaleses de 200 hombres, entre los que había 12 europeos, tuvo de noviembre á marzo de 1906, nada menos que 1.794 bajas por heridas y úlceras del mismo aspecto y evolución que el *craw-craw*.

Ni se conoce la causa ocasional, ni son claras las favorecedoras. Se sabe que es más común en los campos, pero no están exentas las urbes. La limpieza más esmerada, incluso los lavados antisépticos, no ponen á cubierto del mal. Lo mismo ocurre con la protección de los miembros inferiores (vendas en la pierna, botas de cuero), y con evitar el paso á pié de los pantanos y de los ríos. El mismo autor, á pesar de todos los cuidados, ha sido afecto varias veces.

La abundancia de las niguas y el desarrollo del *craw-craw* parecen ser favorecidos por las mismas condiciones: estación caliente, proximidad del perro, permanencia en las casas indígenas, en los almacenes, etc. Estos hechos son innegables. Los enfermos más molestados por aquéllas son los más gravemente atacados por éste. ¿Es esto pura coincidencia? ¿Depositaría el parásito una substancia tóxica ó abriría la puerta á los gérmenes productores? No se sabe. Lo que sí es cierto es que hasta los individuos más seriamente afectos curan rápidamente con la repatriación.

Es una úlcera consecutiva á una vesico-pústula, sin tendencia fagedénica, ni infartos ganglionares, ni repercusión en el estado general, que deja en pos de sí una cicatriz pigmentada, morenuzca.

VI. Brault, profesor de clínica dermatológica en Argel, había creído que la pelagra era en este país un padecimiento muy raro; sin embargo, fijando más la atención, ha encontrado, sólo en su servicio, los siguientes casos: 1898, 4 casos; 1899, 1902, 1903, 1904, 1905, 1 en cada año; 1906, 3; 1907, 7, todos éstos gravísimos y 5 acabados en la muerte.

Estas siete últimas observaciones son: 1.ª, una española de cuarenta y cuatro años, que en España comía harina de maíz seis meses cada año, pero que en los dos últimos no la había usado; 2.ª, un indígena, de cuarenta y tres años, que dice no haber ingerido nunca maíz; 3.ª, española, de veinte años, que no ha empleado nunca este alimento; 4.ª, un musulmán, muy mal alimentado, y que alguna vez comió maíz; 5.ª, indígena, de veintidós años, que jamás usó este vegetal; 6.ª, nacido en Argelia, pero de origen mahonés, parece que el maíz no ha tenido intervención tampoco en este caso; 7.ª, de origen francés, sin antecedentes maídicos.

Descartada la acción del maíz, cree Brault que la pelagra tiene

más el aspecto de una enfermedad parasitaria ó de una autointoxicación que de una intoxicación alimenticia; es una enfermedad de miseria y no es admirable exista en los famélicos indígenas y en los miserables inmigrantes del Sud de Europa.

VII. En el último Congreso de Wiesbaden (*Deuts. med. Wochenscrift*, 1908), el Dr. W. Siegel ha dado cuenta de una interesante experimentación sobre los efectos patógenos del enfriamiento.

En un perro pone al descubierto un riñón, mediante una incisión lumbar, y coloca sobre el órgano una vejiga de hielo. Se produce una nefritis aguda, siendo notable que también aparece en el otro; es decir, el frío provoca una *nefritis bilateral*, debiéndose muy probablemente la segunda á nefrotoxinas engendradas por el riñón enfriado. La vejiga de hielo, puesta sobre la piel, rasurada ó no, si determinaba en los animales gran agitación, no producía nefritis; pero ésta aparecía si en vez de dejarlos libres se les anestesiaba para hacerlos inmóviles.

Ha hecho otra suerte de experimentos. Sumerje, hasta las rodillas, los miembros inferiores de varios perros en agua á 4°. Algunos de ellos tuvieron signos de nefritis aguda parenquimatosa: albuminuria, cilindros hemáticos, epiteliales, granulosos, á la par que los animales entristecían y adelgazaban. Muerto un perro á los nueve días, la autopsia confirmó el diagnóstico, notándose, además, un derrame peritoneal de unos 200 gramos.

Aparte de estos hechos, Siegel ha observado que durante los días de nieve, fríos y húmedos, casi todos los perros, á pesar de una buena salud aparente, tenían en la orina albúmina, hematíes, algunos cilindros granulosos y células epiteliales del riñón; hecho que demuestra que hay espontáneamente en los perros ligeras lesiones renales producidas por el frío, y es posible que la repetición del hecho termine en nefritis crónicas y atrofias del riñón, frecuentes en dicho animal y no explicables por las causas á que se refieren en el hombre.

Hay, pues, nefritis *à frigore*. Respecto al mecanismo, Siegel rechaza toda intervención microbiana y se inclina á pensar en trastornos circulatorios renales engendrados por el frío, una vasoconstricción, con la anemia consecutiva, conducentes á lesiones nutritivas y á la degeneración de los epitelios del órgano.

VIII. El Dr. Rocchi (*Soc. medico-chirurgica di Bolonia*) trata de la acción de las autotoxinas del colibacilo y del bacilo bífido sobre algunos gérmenes anaerobios.

Son autotoxinas las substancias formadas por autolisis de los gérmenes en los medios de cultivo ordinario, cuyo desarrollo ulterior se detiene en tiempo é intensidad variables. Estos cultivos que las contienen se llaman *cultivos vacunados*. Después de mencionar los trabajos de Tissier, Conradi, Rietsch, Kurpynweit, Manteufel, Sacquepée, Eijkmann, Bienstok, sobre el asunto, dice que Conradi y Eijkmann opinan que en el tubo intestinal forman autotoxinas los gérmenes allí residentes, siendo probable que influyan acentuadamente en la constitución de las especies y en el número de los microorganismos que constituyen la flora intestinal. El autor ha estudiado *in vitro* lo que pasa en los cultivos vacunados con los gérmenes más importantes de dicha flora, refiriéndose en esta comunicación al bacilo bífido de Tissier, al bacilo putrífico de Bienstok y los bacilos II y III de Rodella en cultivos vacunados de colibacilo, y al modo de desarrollarse el bacilo del colon y el putrífico de Bienstok en los cultivados vacunados del bacilo bífido de Tissier. Los resultados han sido:

1.° En los cultivos vacunados de colibacilo el bacilo putrífico se desarrolla menos y de los diez á los veinte días no motiva proceso alguno de putrefacción apreciable, hecho que concuerda con lo observado por Bienstok y Conradi; el bífido y los de Rodella se desarrollan bien, produciendo estos últimos, como en los tubos testigos, gases y olor butírico.

2.° En los cultivos vacunados del bacilo bífido, el colibacilo se desarrolla bien; el putrífico evoluciona asimismo, pero la putrefacción es menos acentuada.

No hay, pues, antagonismo autotóxico entre el colibacilo y el bífido y los de Rodella; pero sí entre el colibacilo y el putrífico, y en menor grado el bífido y el putrífico.

Cree, por tanto, con Tissier y Conradi, que muy probablemente el organismo tiene en el bífido y en el colibacilo una defensa natural que regula los procesos de descomposición natural, sirviendo de impedimento valioso al desarrollo excesivo de los agentes de la putrefacción.

IX. Decherf (*Soc. de Pédiatrie*) ha estudiado una epidemia de enteritis aguda aparecida en los niños que asistían á su consulta de Tourcoing.

Haciendo investigaciones, supo que la leche era esterilizada como de costumbre, pero que se había cambiado la alimentación de las vacas. A falta de pastos se las dió hojas de remolacha y de col vio-

leta, que dan, como es sabido, á la leche y á la manteca, sabor especial. La epidemia fué análoga á otra que observó en 1903, por haber ingerido las vacas pulpa de remolachas conservadas en silos durante el verano y fermentadas.

Estas enteritis son exactamente iguales á las que provocan las alteraciones microbianas de la leche, de ordinario son febriles y sobre ellas, por ser tóxicas, no influye el babeurre. En Bélgica hay medidas legislativas para proteger la leche de tales trastornos.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La leche de cabra como vehículo del germen productor de la fiebre del Mediterráneo. — El Dr. Emilio Arderius publica el siguiente artículo en el *Boletín del Colegio de Médicos de Gerona:*

«La fiebre de Malta es una enfermedad localizada en el litoral del mar Mediterráneo y que si bien no produce gran mortalidad, pues su término medio es el de 2 por 100, muéstrase rebelde á todo tratamiento, siendo inútiles todos cuantos esfuerzos se han hecho hasta la fecha para combatirla. Enfermedad que había sido considerada como propia del hombre, de variable sintomatología, caracterízase únicamente por una fiebre de larga duración y curva irregular, que se prolonga muchas veces durante cuatro ó cinco meses, á pesar de lo cual conservan los enfermos un buen estado general.

En un principio estuvo localizada en la Isla de Malta, de donde se ha extendido á casi todas las poblaciones del litoral Mediterráneo. En 1887, Bruce, médico militar inglés, después de grandes estudios, halló en la sangre y bazo de los atacados de esta enfermedad el *micrococus melitensis*, cuya especificidad ha sido demostrada por inoculaciones en los animales de laboratorio primero y más tarde en el hombre, y refrendada luego por medio de la aglutinación, según trabajos de Wright. Pasáronse varios años conociendo el germen específico de la enfermedad, pero ignorando su manera de propagación, hasta que en 1905 Zammit demostró que era una enfermedad que padecían las cabras de Malta, evidenciando el *micrococus melitensis* en la leche de estos animales, y por cuyo medio pasaba al hombre. Son las cabras verdaderos depósitos de virus de esta afección, pues según se ha comprobado por serorreacción el 50 por 100 de estos animales están infectados. Este micrococus puede ser aislado de la leche en un 10 por 100 de cabras atacadas. Trabajos más recientes permiten afirmar que el hombre contrae esta enfermedad casi siempre por la vía digestiva, siendo su-

ficiente para que tenga lugar la infección el que haya absorbido una sola gota de líquido que contenga algunos microbios. Tan útiles han sido las medidas preventivas que se han deducido de los resultados obtenidos con los precedentes estudios, que en la misma Isla de Malta, cuna de la enfermedad que nos ocupa, se han reducido á $^1/_{10}$ los casos de infección por el *micrococus melitensis*, llegando á no observarse ninguna invasión en todos aquellos puntos en que se ha suprimido de la alimentación la leche de cabra. Puede decirse que la ebullición de la leche es suficiente para ponerse á salvo de esta enfermedad. El *micrococus melitensis* se elimina en su mayor parte por la orina.

Como es grande la resistencia que este microbio ofrece á los agentes físicos, resultan perjudiciales en alto grado las cuadras en malas condiciones, así como la estancia de las cabras en las calles de las poblaciones, aun cuando no sea más que el tiempo necesario para el reparto de la leche á domicilio. El privar la conducción de las cabras por la vía pública para el reparto de la leche, será de gran utilidad en las poblaciones en que sea endémica esta enfermedad, ó en aquellas en que se hayan importado cabras de país infectado; pero será perjudicial en aquellas urbes en que sea desconocida en absoluto esta afección, ni haya ganado cabrío de procedencia sospechosa; pues el reparto de la leche, llevando á domicilio el animal que la proporciona, asegura su pureza. El que esta enfermedad haya pasado de la Isla de Malta, en que parecía haberse acantonado, á la mayor parte de las poblaciones de alguna importancia enclavadas en el litoral Mediterráneo, es debido á que la cabra maltesa es muy lechera, siendo en gran número las exportadas, sobre todo á aquellos países en que las cabras indígenas proporcionan muy poca leche, como ocurre en Argelia y Túnez. Así es que sin grandes sacrificios puede evitarse casi en absoluto la presencia de tan poco simpático huésped; en primer lugar, hirviendo siempre la leche de cabra, y luego prohibiendo en absoluto la importación de cabras maltesas ó de otra procedencia cualquiera cuyo estado sanitario sea dudoso». —SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

X sesión celebrada en Ginebra del 3 al 5 de Septiembre de 1908.

Formas clínicas de la arterioesclerosis cardíaca. —El Dr. H. HUCHARD: Es imposible, según los datos de la anatomía patológica, dar una definición exacta y racional de la arterioesclerosis. Tampoco puede obtenerse de la experimentación, porque ésta produce una lesión, no una enfermedad.

Hay esclerosis de órganos independientes de una lesión arterial, y hay

otras que van acompañadas de lesiones valvulares, que son gobernadas por éstas.

La evolución anatomopatológica y clínica demuestra las diferencias que separan el ateroma y la arterioesclerosis. El ateroma es realmente una enfermedad de la vejez (sesenta á ochenta años), y los ateromatosos son, sobre todo, vasculares; la arterioesclerosis se observa de los treinta á los sesenta años, y son, sobre todo, viscerales; de aquí el nombre de esclerosis arteriovisceral que sería preferible. El concepto de la fibrosis arteriocapilar de Gull y Sutton es incompleto; hay arterioesclerosis de tipo y de principio aórticos, de forma miovalvular, que desde el punto de vista clínico y á pesar de estar afectados los vasillos y las arteriolas, interesan ante todo y durante casi toda su evolucicn, la aorta y los diversos aparatos del corazón.

Es importantísimo, desde el triple punto de vista anatómico, clínico y terapéutico, hacer una distinción exacta entre las cardiopatías valvulares de origen endocárdico y las arteriales de origen endartérico; en estas últimas hay fenómenos tóxicos que persisten hasta el fin (toxiasistolia), meiopragias de los órganos, tendencia á la hipertensión arterial con sus múltiples peligros, excepto en los últimos períodos caracterizados por la mitralización de la enfermedad y la hipotensión; merece señalarse, finalmente, la frecuencia de la estenocardia coronaria y la muerte repentina.

Las cinco causas más importantes de las cardiopatías arteriales son: la gota y la uricemia, el saturnismo, la sífilis, el régimen alimenticio y el tabaco.

Deben admitirse tres grandes formas clínicas de la esclerosis cardíaca:

1.ª *Cardiorrenal*, la más común, *de forma taquicárdica ó taquiarrítmica.*

2.ª *Cardioesclerosis de forma miovalvular.*

3.ª *Esclerosis de forma cardiobulbar*, que me limito á citar, porque la enfermedad de Stokes-Adam, con pulso lento, ataques sincopales y epileptiformes está siendo objeto de cierta revisión. Sea lo que fuere, la evolución clínica de este estado morboso puede ser asimilada siempre á la de las cardiopatías arteriales, cuyas manifestaciones y complicaciones reproduce.

La evolución clínica de la cardioesclerosis se efectúa casi siempre en cuatro períodos: el primero, *arterial* (preesclerosis), caracterizado por hipertensión sanguínea, casi siempre de origen tóxico; el segundo, *cardioarterial* con degeneración del corazón, consecutiva á las lesiones vasculares; el tercero, *mitroarterial*, caracterizado por la mitralización de la enfermedad y por sus tendencias toxiasistólicas; el cuarto y último (que puede faltar), *cardiectásico*, que sugiere indicaciones terapéuticas importantísimas y urgentes.

Las leyes siguientes rigen la evolución clínica y las principales indicaciones terapéuticas:

a) Como la cardioesclerosis, igual que la arterioesclerosis diseminada, es casi siempre efecto de la hipertensión arterial provocada por la intoxicación, se halla caracterizada desde el período de preesclerosis y durante la mayor parte de la evolución clínica, por los síntomas que dependen de estos dos hechos; de aquí que esté indicado combatir primero la intoxicación, es decir, la causa y después la hipertensión, es decir, el efecto.

b) En la arterioesclerosis que depende de estenosis arteriales orgánicas, por endarteritis funcionales, por espasmo vascular, todas las vísceras y aparatos se hallan en inminencia continua de cansancio ó de meiopragia; de aquí la indicación de dejar los órganos en reposo y de evitar su trabajo excesivo.

c) La insuficiencia renal es un síntoma precoz y constante de las cardiopatías arteriales; de aquí la indicación de su tratamiento renal desde el principio.

d) A causa de la degeneración del miocardio por endarteritis coronaria, toda cardiopatía arterial se halla en inminencia continua de dilatación cardíaca y de accidentes anginosos; de aquí la indicación de suprimir las causas de la cardiectasia y de combatir la estenocardia.

e) A causa de la degeneración del miocardio, como el ritmo del corazón es en gran parte función del músculo cardíaco, las cardiopatías arteriales suelen ir acompañadas de arritmia; de aquí la necesidad de combatir con moderación esta arritmia, especie de cojera irreducible del corazón.

f) Las cardiopatías arteriales suelen asociarse á la esclerosis de otros órganos, por la tendencia de la arterioesclerosis á generalizarse. Terminan no sólo por la asistolia y la muerte repentina, sino también por hemorragia cerebral, uremia, etc.; de aquí la indicación de extender la acción terapéutica á los órganos afectados ó amenazados, tanto al corazón periférico como al central.

Se ve, por lo tanto, que tres clases de síntomas: tóxicos, cardioarteriales, renales, exigen una terapéutica especial. Los síntomas tóxicos ocupan un lugar preponderante, porque la disnea toxialimenticia es el síntoma que predomina en estas cardiopatías.

Preesclerosis.—La domina un síntoma importante, la hipertensión arterial permanente de origen probablemente renal; precede casi siempre, prepara y produce las lesiones vasculares de la arterioesclerosis. Esta principia por un estado más ó menos acentuado, más ó menos prolongado de supertensión sanguínea con falta casi completa ó completa de alteraciones arteriales, lo que indica su curabilidad en este período.

La hipertensión es provocada por la intoxicación. La insuficiencia renal es precoz y muchas veces falta la albuminuria; la prueba de los cloruros revela la nefritis crónica latente. La preesclerosis se manifiesta también por meiopragia y cojeras intermitentes de los órganos.

Cardioesclerosis taquicárdica ó taquiarrítmica. — Siempre, sobre todo durante ó á fines del primer período, la cardioesclerosis cardiorrenal va acompañada de taquicardia, al parecer de origen renal, mientras que la arritmia es de procedencia miocárdica. La taquicardia va seguida de la aparición del ruído de galope velado, después de la arritmia, pero en ciertos casos la cardioesclerosis reviste, desde luego, el tipo cardioarrítmico. Cuando la taquicardia va asociada á la dispnea toxialimenticia, es porque hay esclerosis cardiorrenal.

La dispnea toxialimenticia, aun debida á la insuficiencia renal, es muy distinta de las dispneas urémicas.

Forma miovalvular.—Las cardiopatías de forma miovalvular están caracterizadas no sólo por una lesión valvular, aórtica ó mitral, sino también y

principalmente, por las lesiones arteriales concomitantes y por las del miocardio.

Desde el punto de vista clínico, se revelan por fenómenos tóxicos y meioprágicos. La estrechez mitral arterioesclerosa existe, sus signos físicos suelen ser bastante claros. Es preciso no atribuir un valor exclusivo á los signos físicos; en la insuficiencia mitral arterial el enfermo es mitral por el soplo y aórtico por la enfermedad. En la esclerosis cardiorrenal de tipo aórtico, el peligro reside en el riñón.

Las cardiopatías valvulares de origen reumático pueden arterializarse á la edad de las cardiopatías arteriales (treinta á cincuenta años); de aquí una nueva evolución de la enfermedad.

Consideraciones sobre el diagnóstico.—No hay arterioesclerosis sin lesión arterial ó renal. Esta definición permite eliminar un gran número de enfermedades que se consideraban sin motivo como dependientes de la arterioesclerosis: ciertas afecciones de los ojos, de los oídos, del cerebro (cerebroesclerosis lagunar, hemorragias cerebrales), corazón senil, etc. Conviene, por lo tanto, denunciar el abuso de la arterioesclerosis.

La asistolia de origen gástrico es, por lo tanto, rarísima; se trata casi siempre de accidentes cardíacos que sobrevienen en esclerosos. El ruído de galope derecho, sintomático de una enfermedad del aparato digestivo, es muy discutible; se trata casi siempre de un ruído de galope renal localizado algo á la derecha.

El asma y el enfisema sólo producen manifestaciones asistólicas ó toniasistólicas más que á favor de las lesiones arteriales sobreañadidas.

Tratamiento.—Las indicaciones terapéuticas varían en los cuatro períodos de la enfermedad, pero el régimen alimenticio y la medicación renal constituyen siempre la base del tratamiento.

En esta enfermedad, tóxica por excelencia, es de temer el abuso de los medicamentos: abuso de los sueros llamados antiésclerosos, de las corrientes de alta frecuencia, de la medicación yodurada (aplicable sólo, y á pequeñas dosis, á fines de la primera fase y durante la segunda), de la digital; peligros de las curas de terreno, de las curas hidrominerales en una sola estación, cuando las indicaciones terapéuticas son múltiples y variadas para las diferentes cardiopatías.

Hay una forma de arterioesclerosis con hipotensión arterial, sobre todo intestinal (estancación é hipertensión portas).

Formas clínicas de la arterioesclerosis. — El Dr. A. Jaquet: La descripción clínica de las manifestaciones de la arterioesclerosis tendrá siempre algo de artificial, de esquemática. Los trastornos funcionales que resultan de la arteritis crónica son, en parte al menos, consecutivos á la circulación general ó local insuficiente; es natural, por lo tanto, que los accidentes de la arterioesclerosis no se distingan muchas veces de los trastornos provocados por otras causas que obran de una manera análoga.

La arterioesclerosis puede lesionar indiferentemente las ramificaciones del árbol vascular; tiene, sin embargo, predilección marcada por ciertas regiones. Se acostumbra á agrupar las manifestaciones de la arterioesclerosis en cierto número de tipos, caracterizados por los síntomas que resultan de sus localizaciones principales. Los más conocidos son el tipo cardía-

co, el nervioso, el renal y el abdominal. Pero estos tipos no representan síndromes fijos que se reproducen de una manera constante; son sencillamente la expresión de una localización especial de la arterioesclerosis, que puede producir accidentes diversos.

Voy á ocuparme de las *lesiones extracardíacas* de la arteritis crónica, puesto que el Dr. Huchard se ha ocupado de la esclerosis del corazón.

Conviene indicar ante todo la *cojera intermitente de las extremidades*, consecuencia de la isquemia relativa debida á las alteraciones vasculares localizadas en la aorta abdominal, en las arterias ilíacas ó en las ramificaciones periféricas. Estos trastornos circulatorios dependen las más de las veces de la arterioesclerosis. La cojera intermitente de la médula descripta por Dejerine, es debida no á una lesión de los vasos periféricos, sino á lesiones del sistema anterior de la médula, hacecillos piramidales, corteza blanca anterolateral. La cojera intermitente de la médula se distingue por la persistencia del pulso en las arterias periféricas, por la falta de trastornos vasomotores—cianosis, enfriamiento—, por la exageración durante el reposo de los reflejos rotulianos, por la aparición de trepidación espinal durante el acceso, y por la existencia de síntomas genitales y vesicales.

Las *lesiones ateromatosas de la arteria pulmonar* no son precisamente raras, pero por lo general se descubre el ateroma de dicha arteria al practicar la autopsia, sin que haya provocado manifestaciones características durante la vida. En ciertos casos, la degeneración esclerosa de la arteria pulmonar puede provocar trastornos graves, que recuerdan vagamente los síntomas de estrechez del orificio pulmonar.

La *arterioesclerosis de los vasos del eje nervioso*, á excepción de la hemorragia cerebral, es conocida desde hace poco. Los trastornos que determina se consideran como atributos de la ancianidad y se diagnostica reblandecimiento ó demencia senil. Klippel fué el primero que reconoció la necesidad de atribuir á la arterioesclerosis muchos casos incluídos hasta ahora en la parálisis general.

La *cerebroesclerosis de origen arterial*, llamada así por Grasset, no constituye una entidad clínica de cuadro clínico definido; representa sólo un término genérico destinado á agrupar distintas afecciones cerebrales, los síntomas á veces más diversos, pero que tienen un origen común, la arterioesclerosis. Según las regiones especialmente interesadas, se observan casos de cerebroesclerosis con predominio de síntomas nerviosos, mientras que las alteraciones de la inteligencia imprimen á otros casos un carácter especial que las relaciona directamente con las afecciones mentales.

Se ha intentado referir á ciertos tipos las diversas manifestaciones de la arterioesclerosis cerebral. Se ha agrupado, por ejemplo, con el nombre de forma nerviosa de la cerebroesclerosis ciertos casos de síntomas poco acentuados, á veces pasajeros, que presentan una gran analogía bastante marcada con la neurastenia para poder aplicar el epíteto de *neurastenia senil*.

Puede referirse á este tipo la *cerebroesclerosis lagunar*, que debe su nombre á las lagunas de desorganización descriptas por P. Marie. Esta forma se distingue de la primera porque principia por un ictus seguido de hemiplegia; las alteraciones mentales no se presentan hasta después. Son pro-

gresivas y conducen al gatismo, mientras que en el primer tipo la decadencia intelectual es excepcional.

Según el sitio de las lesiones, la cerebroesclerosis puede producir el *síndrome pseudobulbar*. Puede provocar también otro síndrome que recuerda, hasta confundirse con ella, la esclerosis en placas, á la que Naunyn ha dado el nombre de *pseudoesclerosis múltiple de los ancianos*. La cerebroesclerosis vascular puede también revelarse por *abasia*. Se ha intentado también atribuir á la arterioesclerosis bulbar distintos casos de respiración de Cheyne-Stokes y de pulso lento permanente con ataques sincopales ó síndrome de Stokes-Adams, en el que las arterias coronarias están intactas.

Conviene recordar la importancia que debe atribuirse á la laguna de desorganización en la patogenia de la cerebroesclerosis vascular. Si se estudian con detenimiento las reseñas de la autopsia de los individuos que han muerto de cerebroesclerosis vascular, llama la atención la poca concordancia que existe entre los síntomas clínicos y las lesiones anatómicas y surge la hipótesis de que los síntomas clínicos del principio, el ictus en particular y quizá también los vértigos, son consecuencia de un trastorno funcional circulatorio cuya persistencia ocasiona una lesión anatómica durable, es decir, una laguna.

Tenemos en este caso un proceso análogo al espasmo vascular admitido por muchos autores en la producción de diversos accidentes que dependen de la arterioesclerosis. Naunyn insiste de una manera especial sobre la falta de relaciones directas entre la lesión anatómica y los síntomas clínicos en la arterioesclerosis cerebroespinal. Las alteraciones psíquicas, entre otras, son debidas, según este autor, á un trastorno cerebral difuso producido por la arterioesclerosis, y son independientes de las lesiones en foco. Pueden ser muy acentuadas en casos en que los focos faltan por completo, mientras que otras veces son mínimas aunque existan focos numerosos. La abasia senil no es consecuencia de una lesión anatómica determinada, sino que se debe considerar como expresión de un trastorno de las asociaciones motrices.

La arterioesclerosis desempeña también un papel importante en la génesis de la *epilepsia senil*. Alzheimer admite dos formas: la primera, forma cardiovascular, se observa en los arterioesclerosos avanzados que presentan, de ordinario, también trastornos cardíacos pronunciados; los accesos se hallan en relación manifiesta con las perturbaciones momentáneas de la circulación, y á juzgar por los casos de crisis epileptiformes producidas en estos individuos por compresión de las carótidas, parece lógico admitir una relación directa entre los trastornos circulatorios y las convulsiones; en la segunda forma la epilepsia depende, al parecer, directamente de una lesión ateromatosa del cerebro.

Alzheimer ha agrupado con el nombre de *degeneración cerebral progresiva de origen vascular* casos que se distinguen por el predominio de los trastornos de la inteligencia, pero, al parecer, deben atribuirse á la cerebroesclerosis lagunar, de la que constituyen en cierto modo la forma grave con predominio de los trastornos psíquicos. Lo mismo ocurre, al parecer, con la *encefalitis subcortical crónica* de Binswager.

El síndrome que acabamos de estudiar presenta, sobre todo en los perío-

dos avanzados de la enfermedad, analogías tan grandes con la parálisis general, que se comprende que durante mucho tiempo se hayan confundido ciertos casos de arterioesclerosis cerebral con los de parálisis general verdadera. Sin embargo, es posible, de ordinario, distinguir por ciertos signos la *pseudoparálisis* de origen vascular de la parálisis verdadera.

Las *manifestaciones medulares* de la arterioesclerosis han sido estudiadas en particular por Homburger, Pic y Bonamour. Estos últimos han descripto la *paresia espasmódica de los ateromatosos.*

Hemos citado ya la *cojera intermitente de la médula* descripta por Dejèrine y que este autor atribuye á la isquemia de las regiones anteriores de este órgano, hacecillos piramidales y cordones anterolaterales por arteritis crónica. Grasset, por el contrario, atribuye á la cojera intermitente de la parte posterior de la médula los fenómenos dolorosos, entre los que predomina la constricción paroxística y dolorosa del tórax, del abdomen ó de ambos á la vez, constricción que según su sitio produce la impresión de una pseudoangina de pecho, de una gastralgia ó de una crisis abdominal tabética.

La *neuritis periférica* de origen vascular puede presentar el cuadro clínico de la polineuritis (Joffroy y Achard) ó el de la cojera intermitente (Dutil y Lamy) ó el de la gangrena espontánea.

Conocida es la frecuencia de las *complicaciones renales* en la arterioesclerosis. Esta frecuencia parece natural si se tiene en cuenta que el ateroma de los vasos favorece por una parte la esclerosis renal, mientras que por otra el mal de Bright conduce á la arterioesclerosis. Desde el punto de vista clínico es á veces deficiente conocer si la nefritis es causa ó consecuencia de la arterioesclerosis. Sin embargo, en los arterioesclerosos jóvenes en los que no se encuentra ninguna otra etiología para explicar la arterioesclerosis, no puede menos de admitirse que la nefritis ha provocado el ateroma de las arterias; mientras que en los ancianos cuya arterioesclerosis se complica con trastornos de las funciones renales, es, al parecer, más lógico considerar la lesión de los riñones como consecuencia de la afección vascular. La marcha clínica difiere también en uno y otro caso.

Existe una angina de pecho de forma pseudogastrálgica (Huchard), pero la *arterioesclerosis de las arterias mesentéricas* es capaz de provocar toda una serie de accidentes agudos (cólicos abdominales de origen vascular, Busch), que pueden ocasionar grandes dificultades de diagnóstico.

La arterioesclerosis de las arterias mesentéricas puede producir también ulceraciones intestinales, de igual manera que las de las coronarias es capaz de ocasionar úlceras gástricas.

Se ha pretendido atribuir ciertos casos de diabetes á la arterioesclerosis.

Frente á estos diversos tipos conviene colocar un grupo de arterioesclerosos, quizá más numeroso que todos los demás tipos reunidos, y que puede calificarse, con Edgren, de *forma senil ó fisiológica de la arterioesclerosis* que se desarrolla en silencio y altera profundamente el sistema vascular, sin que los enfermos tengan conciencia de ello.

Si pasamos al estudio de los *grandes síntomas*, que además de las manifestaciones dependientes de la localización especial de las lesiones vascu-

lares, se encuentran con más ó menos frecuencia en los diversos tipos de arterioesclerosis, el que merece llamar más la atención es la *hipertensión*.

Esta no es tan importante como creen Huchard y otros clínicos; la tensión normal se encuentra en el 5 por 100 de los casos. Cuanto á su papel en la génesis de los accidentes clínicos de la arterioesclerosis, es necesario hacer una distinción entre la hipertensión permanente y la pasajera que se observa con tanta frecuencia en las crisis de que van acompañadas ciertas formas de arterioesclerosis, en particular la angina de pecho y las crisis abdominales.

Pero existen casos en los que la presión de la arteria radial no es influída por los accesos violentos, lo que se explica, puesto que la hipertensión puede ser puramente local y no repercutir sobre la totalidad del sistema arterial. La hipertensión no tiene un origen puramente mecánico; la hipótesis tóxica no basta para explicarla; resulta de la acción combinada de varios factores, cuyo modo de funcionar se desconoce. Las investigaciones de Koster y Tschermak sobre el origen y las funciones del nervio depresor, contribuirán quizá á conocer el mecanismo de la hipertensión en la arterioesclerosis.

La patogenia de las *manifestaciones episódicas* de la arterioesclerosis (angina de pecho, crisis abdominales, cojera intermitente, etc.), es bastante obscura, porque si bien el espasmo vascular (Huchard) desempeña, al parecer, un papel importante, su causa se desconoce; la intoxicación es incapaz por sí sola de explicarla siempre; son frecuentes los casos en que se cree observar accidentes nerviosos concomitantes de la afección vascular. La patogenia de los *fenómenos dolorosos* es todavía muy discutida.

La relación directa entre los síntomas de la arterioesclerosis y el obstáculo mecánico á la circulación de la sangre que opone la lesión vascular, que parecía tan sencilla y tan plausible hace algunos años, no puede resistir á la crítica. Nos vemos obligados á admitir la intervención de otros factores. cuya naturaleza y modo de obrar casi desconocemos en absoluto. Es posible que investigaciones ulteriores modifiquen profundamente nuestra opinión actual, que la arterioesclerosis pierda, por lo tanto, el papel importantísimo que se le atribuye en la génesis de ciertos síntomas, y que quede reducido á preparar el terreno y á favorecer la aparición de accidentes, cuya causa más profunda no tiene relación alguna con las lesiones vasculares.

El Dr. Bard: Creo que es útil separar las arterioesclerosis localizadas, que deben estudiarse en los capítulos reservados á los diversos órganos que interesan, y la diseminada, que es del dominio de la patología general. La clínica permite separarla. A mi juicio, no es exacto decir que no existe paralelismo alguno entre las lesiones anatómicas y los trastornos clínicos. Esto sería cierto si no se tuviera en cuenta más que la cantidad de las lesiones; pero si se atiende á la modalidad de éstas, se ve que los trastornos clínicos son sus paralelos, en el sentido de que marchan á la par con las lesiones inflamatorias activas que no son toleradas, mientras que las lesiones cicatrizales lo son.

El Dr. Lhermitte: El Dr. *Jaquet* ha hablado de la paresia espasmódica de los ateromatosos, descripta por Pic y Bonamour. Ha demostrado que la

descripción de los autores lioneses se refiere á una forma de paraplegia espasmódica, observada ya por Demange y descripta por Lejonne y por mí con el nombre de paraplegia lagunar.

El estudio microscópico, tanto de la médula como del encéfalo, ha permitido demostrar la influencia del proceso lagunar en la génesis de esta afección y oponerla á la paraplegia mielopática. En ésta el cuadro clínico no va acompañado de fenómeno cerebral alguno análogo á los de la paraplegia lagunar, y el estudio anatómico ha probado la localización estricta del proceso en la parte inferior de la médula, revistiendo diversos tipos: esclerosis perivascular, marginal, combinada de los cordones posteriores y laterales.

Existe también una forma de paraplegia de los arterioesclerosos: la miopática. El proceso de miositis crónica que la caracteriza inmoviliza por completo los miembros inferiores, y hasta puede interesar los superiores y el cuello, como prueba la observación reciente de Dupré y Ribierre.

Creo, como Huchard, que se abusa del término esclerosis. Aunque en estos casos las arterias están siempre lesionadas, no lo están en proporción de las lesiones encefálicas, medulares ó musculares.

El Dr. T. Dunin: En el 20 por 100 de los casos de arterioesclerosis la tensión es normal. Cuando la tensión se eleva es raro que se consiga disminuirla por el régimen ó una terapéutica cualquiera, excepto en los obesos, á los que se hace enflaquecer. Creo que la obesidad es una de las causas principales de la arterioesclerosis. El régimen de carne eleva muy poco la tensión en comparación á la de los mismos sujetos sometidos al régimen lactovegetariano. No es posible producir la hipertensión en el conejo sometido á las inyecciones intravenosas de extracto de carne.

El Dr. Huchard: Hay acuerdo completo en la limitación que debe hacerse de la arterioesclerosis. La cerebroesclerosis lagunar, por ejemplo, en la que la esclerosis no tiende á diseminarse á otros órganos, que no determina hipertensión, no es arterioesclerosis.

Patogenia de los estados neurasténicos.—El Dr. Dubois: El término neurastenia, propuesto por Beard, expresa bastante bien la astenia característica, pero tiene el inconveniente de hacer suponer que los nervios no se hallan á la altura de su misión, como si se tratara únicamente de una alteración psiquicoquímica aún desconocida de los elementos nerviosos y de hacer olvidar las influencias psicológicas, el papel considerable que desempeña el espíritu en la génesis de estos estados.

Por otra parte, la palabra neurastenia mantiene la idea de una entidad morbosa, de una afección perfectamente limitada, que es fácil separar de otras psiconeurosis más graves. La entidad morbosa, en el verdadero sentido de la frase, no puede ser creada más que en las enfermedades de lesiones, cuando la anatomía patológica nos hace poner el dedo sobre la alteración primitiva y reconocer las causas, múltiples quizá, pero unívocas. En el terreno de las enfermedades en las que interviene el estado mental, es imposible circunscribir verdaderas entidades morbosas. Según el carácter primitivo del sujeto, según su mentalidad innata ó adquirida, los mismos factores etiológicos, físicos ó psíquicos, producirán trastornos diferentes; mas todavía observaremos en el mismo sujeto síntomas distintos per-

tenecientes á psiconeurosis análogas. Sin embargo, aunque es imposible trazar límites exactos y aislar enfermedades, pueden distinguirse formas morbosas, denominarlas según los síntomas predominantes y fundar en estos datos el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de un caso concreto.

Entre los *estados psicopáticos* pueden distinguirse: 1.°, los estados neurasténicos; 2.°, los estados psicasténicos; 3.°, los estados histéricos; 4.°, los estados hipocondriacos; 5.°, los estados melancólicos.

Los estados neurasténicos se caracterizan ante todo por síntomas subjectivos, entre los cuales predominan las sensaciones de fatiga, de extenuación, de impotencia en el dominio físico, intelectual y moral. Al principio y en las formas ligeras el neurasténico se asemeja á un fatigado; la fatiga es un factor etiológico importante; la fatiga pura puede crear en los sujetos normales un estado neurasténico y se ve iniciarse en ellos las obsesiones, los impulsos, esbozo de los estados psicasténicos. Pero es preciso diferenciar la extenuación temporal de los fatigados de la impotencia tenaz de los neurasténicos, sobre todo cuando se trata, y esto es frecuente, de personas que jamás han estado fatigadas física ni intelectualmente.

Es porque en los neurasténicos se descubren infinidad de esos defectos mentales, de esos estigmas que existen mucho antes de la crisis, debidas á la herencia primero, á la educación después. Presentan síntomas psíquicos: la pusilanimidad, la tendencia á la desanimación, la falta de dominio sobre sí mismo. Cuando se ha comprendido bien la importancia de esta debilidad mental primitiva se ve todo el partido que puede sacarse de una educación del espíritu. Se reconoce entonces que los trastornos fisiológicos innumerables son secundarios, bien porque nazcan por puras representaciones mentales ó porque éstas sostengan y agraven trastornos debidos á causas físicas. Que parta de una sensación, de una molestia accidental á consecuencia de la cual se emociona en virtud de la pusilanimidad; que principie, por el contrario, por una emoción que perturbe las funciones fisiológicas, el sujeto entra en un círculo vicioso.

El verdadero neurasténico se encuentra desde el principio en un estado de inferioridad á causa de una astenia psíquica primitiva. Todos tenemos, por normales que seamos, estas debilidades psíquicas, y cuando estamos fatigados, debilitados, reaccionamos en el sentido de esta mentalidad primitiva, pero se trata de estados benignos y transitorios. Algunos autores buscan en el cerebro una deformación material primitiva que engendre el desorden psíquico, y como no pueden sospechar en este órgano lesiones accesibles á nuestros medios de investigación, invocan las intoxicaciones debidas á la función defectuosa del estómago, del intestino, de las glándulas, á la hiperacidez de la sangre; atribuyen la neurastenia á las enfermedades por retraso de la nutrición, al artritismo, y tan bien acogida ha sido esta idea, que se habla corrientemente de sujetos neuroartríticos.

Lo que crea el neurasténico no es el agente provocador contingente que obra sobre otros muchos sin trastornar sus funciones; no es tampoco la vaga predisposición admitida por una inducción lógica, es una debilidad primitiva, una astenia. ¿Es física esta debilidad? ¿Debe buscarse la causa

en un estado patológico constitucional de la célula cerebral ó en las alteraciones que experimenta después por la vía somática? Sería desesperante desde el punto de vista terapéutico. Hay en el neurasténico una convicción de impotencia, unido al cansancio, un sentimiento permanente de fragilidad. Esta astenia es de índole psíquica, y sin renunciar á los medios físicos destinados á levantar las fuerzas, á combatir el cansancio acumulado que representa la crisis neurasténica, es preciso recurrir á la psicoterapia; es necesario atacar la mentalidad neurasténica de estos sujetos; es indispensable *educar su yo moral.* He aquí la psicopatía fundamental, cuya crisis de neurastenia no es más que una manifestación episódica provocada por las influencias debilitantes.

La situación es, por lo tanto, la misma que en la psicastenia de Janet, que comprende una serie de estados; pero la base de todos estos accidentes, desde la neurastenia más vulgar, llamada adquirida, porque sólo se considera la crisis inicial, hasta la locura más caracterizada, es una psicastenia, es decir, una debilidad de efectuar la síntesis mental, única que permite vivir de sensaciones adecuadas á la realidad, de poner en todo y por todo las cosas en su punto.

Janet ha demostrado todo lo que puede sacarse de una psicoterapia racional de la persuación por la palabra; pero creo que esta educación, por interesante que sea, es puramente intelectual; debe ser más *moral, moralizadora*, y tener por objeto hacer al enfermo dueño de sí mismo.

El Dr. J. Lépine: La neurastenia ha sido considerada primero como una entidad morbosa, perfectamente definida, y su patogenia, variable según las teorías, ha participado durante mucho tiempo de esta tendencia sintética. Hoy la orientación general de las ideas es distinta. Se describen estados neurasténicos que se refieren una veces á trastornos orgánicos, otras á fenómenos puramente psíquicos.

El estudio patógeno de los estados neurasténicos debe comenzar por el de la fatiga normal, y ésta por una exposición de la fuerza nerviosa.

La energía es producida, no por el sistema nervioso, sino por la nutrición de todo el organismo, cuyos trastornos originan modificaciones variadas de la función de la energía. Esta función es periódica en estado normal; el reposo repara la fatiga. La energía debe, por lo tanto, ser producida en cantidad suficiente, acumulada y consumida de un modo periódico.

En estado patológico, su producción puede estar disminuída, su gasto exagerado y desaparecida la regularidad periódica. El neurasténico, menos activo que el hombre sano, no descansa por completo. Las relaciones recíprocas del sistema nervioso y de todo el organismo forman en estado normal una serie de ciclos enérgicos y regulares. Cuando las causas de perturbación son más fuertes que la tendencia del organismo á mantener la ley preestablecida, nacen los círculos viciosos que constituyen el estado patológico.

Entre el estado normal y el patológico existen todos los intermedios, tanto en lo que se refiere á las manifestaciones psíquicas de la fatiga como á los síntomas físicos. Los fisiólogos han demostrado que aun en los sujetos normales la fatiga aumenta la afectividad, la sugestibilidad, las tendencias al automatismo, la depresión y la atonía mental.

La etiología de los estados neurasténicos presenta, como factores eventuales, además del trabajo excesivo y del neurosrtritismo, varias causas accesorias, pero ninguna tiene un valor patógeno absoluto. La patogenia comprende diversos elementos más ó menos combinados.

El trabajo exagerado obra, no sólo consumiendo las reservas, sino también modificando el quimismo de las células, haciéndolas menos aptas para producir energías nuevas. Deja, además, resíduos cuya presencia perjudica las reacciones de la energía. Las infecciones obran de igual manera y sus consecuencias celulares pueden encontrarse á la vez en el sistema nervioso y en los parénquimas.

La patogenia de los estados neurasténicos no se reduce á los fenómenos tóxicos y autotóxicos, ante los cuales, desde el punto de vista de la disminución en la energía, cada sujeto reacciona á su modo. Es preciso tener también en cuenta los estigmas y las debilidades del sistema nervioso.

Desde cualquier punto de vista que se considere el problema, que se estudien los diversos tipos clínicos ó etiológicos ó los distintos síntomas de los estados neurasténicos, éstos aparecen siempre en último análisis como vicios de la función de energía en relación con un elemento orgánico.

La psicoterapia, tan útil en los enfermos muy sugestionables, no es un específico de los estados neurasténicos. No se dirige más que contra uno de sus elementos. Debe principálmente sus éxitos en los neurasténicos á que los médicos que la emplean la combinan con prescripciones higiénicas.

Los estados neurasténicos no son más que trastornos funcionales. No hay una enfermedad á la que pueda llamarse neurastenia; hay una patogenia de la energía, infinitamente variable y compleja, como las reacciones fisicoquímicas de los protoplasmas celulares, cuya alteración revela. Los estigmas nerviosos y los trastornos adquiridos de la nutrición mantienen esta patología. — F. Toledo.

(Continuará).

SOCIEDAD GINECOLÓGICA AMERICANA

31.ª sesión anual celebrada en Filadelfia del 26 al 28 de Mayo de 1908.

(Conclusión).

Tratamiento de la distocia por obstrucción mecánica. — El Dr. *E. Reynolds* dijo que, si en un caso dado es posible extraer el feto sin gran esfuerzo, la operación cesárea no está indicada. Lo está, en cambio, cuando se supone que el parto ha de ser difícil. Lo primero que ha de tenerse en cuenta es la mortalidad materna, y debe determinar la elección del método operatorio. La mortalidad materna en la operación cesárea, practicada al principio del parto, no suele exceder del 1 por 100. En los partos descuidados aumenta de un modo notable. La mortalidad es influída siempre por el estado de la madre al ser operada. Los peligros para el hijo son mayores que para la madre.

En los partos descuidados, la operación cesárea debe practicarse sólo

cuando la extracción por las vías naturales es imposible. Las dificultades mecánicas que han de encontrarse en un caso dado, pueden suponerse de ordinario. La dificultad por las vías naturales, indica peligro para el hijo y enfermedad para la madre.

Los resultados de la operación secundaria primitiva en las multíparas, pueden predecirse casi con seguridad, pero no tanto en las primíparas, porque en estas últimas hay que tener en cuenta el traumatismo de las partes blandas. Cuando éstas son difíciles de dilatar, las probabilidades suelen ser desfavorables para la madre y para el hijo. Puede decirse, en general, que las operaciones intrapelvianas son más útiles en las primíparas jóvenes y robustas, y que la operación cesárea lo es en las de edad.

El Dr. *R. C. Norris* cree que los resultados modernos de la operación cesárea electiva, justifican la extensión de los límites de la medicación absoluta. Si el conjugado verdadero no mide más de 7 ½ á 8 centímetros, la indicación operatoria es obsoluta. La mortalidad elevada de la operación cesárea en los partos descuidados, es debida á la sepsis infrapubiana. Al reconocer á una enferma deben apreciarse, por la incisión suprapubiana, las relaciones de la cabeza fetal con el anillo pelviano de la madre y el estado de las partes blandas. Las mediciones externas no tienen siempre gran importancia, pero no sucede lo mismo con la elevación del promontorio sacro y de la sínfisis del pubis. La mortalidad y la morbilidad son influídas siempre por la duración del primer período del parto y por las condiciones del alumbramiento. No es cierto que las operaciones abdominales sean siempre tan bien toleradas como las subpubianas. En la mayor parte de los casos conviene esperar para ver si puede terminar el parto, pero esta espera debe ser corta, después de lo cual se plantea el problema de la forma del procedimiento operatorio. Es preferible, á la operación cesárea, la provocación del parto dos á cuatro semanas antes del término.

El Dr. *E. H. Grandin* prefiere la provocación del parto prematuro en los grados menores de estrechez, siempre que sea posible hacer que la cabeza franquee el anillo pelviano; en el caso contrario debe practicarse la operación cesárea con consentimiento de la familia. La versión es también una operación conveniente en los casos de dilatación muy lenta; es preferible la aplicación del forceps en el estrecho superior.

La sinfisiotomía está más recomendada que la pubiotomía, cuando la versión es impracticable. Si el conducto parturiente está obstruído por tumores sólidos ó por quistes, deben ser extirpados al principio del parto. No conviene hacer tentativas con el forceps. La operación cesárea abdominal está indicada cuando las condiciones son desfavorables para los otros procedimientos operatorios. La vaginal debe practicarse en los casos de toxemia ó de hemorragia, pero son preferibles á ella la dilatación manual ó la extracción con el forceps.

El Dr. *B. C. Hirst* aconsejó la provocación del parto durante el noveno mes en los casos en que el parto normal es improbable. Este método es preferible á la pubiotomía y á la sinfisiotomía. La operación cesárea está indicada en condiciones favorables durante las primeras veinticuatro horas de haber principiado el parto, pero puede practicarse después, sobre todo si no se ha intentado otra operación. La mortalidad fetal del parto

provocado, cuando las condiciones son favorables, no llega al 10 por 100.

El Dr. *A. Lapthorn Smith* cree que la operación cesárea ha llegado á un grado tal de perfección, que la mortalidad materna y fetal no excederá en ella de la del parto normal cuando sea practicada como operación electiva y por un buen cirujano. No puede decirse lo mismo del empleo prolongado del forceps ni aun de los mejores métodos suprapubianos.

El Dr. *E. P. Davis* encareció la necesidad de reconocer las enfermas antes de principiar el parto, pero no es posible siempre. A causa de la variedad en las distintas clases de enfermas, el elemento fortuito es siempre muy significativo. En los hospitales de Europa suele atenderse más á la madre que al hijo, sobre todo en las mujeres solteras. Esta distinción es injustificada. Un hijo de una mujer soltera puede criarse y convertirse en un gran ciudadano utilísimo á su patria. Los médicos suelen cometer la falta de acelerar la época del parto por medios instrumentales, sobre todo en las primíparas. Respecto á la operación cesárea, su mortalidad, aun en los casos descuidados, no es por necesidad muy elevada, especialmente si no se han hecho tentativas con el forceps ó la versión; si se emplea como último recurso, la cifra de mortalidad es siempre elevada. Lo mismo puede decirse cuando se practica la operación de Porro.

El Dr. *F. Pfannenstiel* dijo que la ley alemana exige el consentimiento del enfermo ó de los que son responsables de él para poder practicar una operación grave; pero obtenido el consentimiento, el cirujano puede practicar la que crea indicada. En los casos de estrechez pelviana moderada está recomendada la pubiotomía ó la sinfisiotomía, reservándose la operación cesárea para los grados superiores de estrechez. Considera esencial la pelvimetría, sobre todo para medir el diámetro conjugado verdadero.

El Dr. *R. A. Murray* manifestó que el defecto principal de la enseñanza obstétrica en la actualidad es no hacer comprender á los alumnos que antes de practicar una operación debe averiguarse si es posible evitarla por los esfuerzos de la naturaleza. Los prácticos originan con frecuencia complicaciones por intervenir en el parto normal antes de lo debido. Cree que no debe recurrirse á la versión ni al forceps antes de estar encajada la cabeza, sobre todo en las primíparas. La operación cesárea debe practicarse á las treinta y seis horas de empezar el parto, de preferencia á la sinfisiotomía, á causa de los peligros de sepsis y hemorragia de ésta.

El Dr. *M. Mc. Lean* aconsejó dar más tiempo á la naturaleza. No es partidario del parto prematuro. Si después de algún tiempo la naturaleza es incapaz de terminar el parto, aconseja la operación cesárea.

El Dr. *H. D. Fry* recomendó recurrir á la operación cesárea cuando se comprende que el parto no puede terminar por los esfuerzos de la naturaleza. La versión la considera como un medio detestable.

El Dr. *A. Lapthorn Smith* dijo que no había conseguido que las mujeres que habían dado á luz hijos muertos se sometieran al parto prematuro ni que disminuyeran su alimentación para evitar el desarrollo del feto. Cree que la operación cesárea es preferible al parto forzado. Aun en los casos en que la operación cesárea se practica en mujeres infectadas, éstas suelen salvar la vida si se las coloca en la posición de Fowler con un tubo grueso de desagüe en el útero.

Desarrollo de la técnica de las operaciones ginecológicas.—El Dr. *A. Martin* expuso los progresos realizados en el arte durante los últimos cincuenta años. La base del valor cada vez mayor de las operaciones ginecológicas consiste en el conocimiento más perfecto del diagnóstico y de la anatomía normal y patológica.

Respecto á las vías vaginal y abdominal, cada método tiene sus partidarios. La existencia de adherencias opone grandes dificultades á estos métodos. Estas deben ser tratadas siempre con gran precaución é inteligencia para lesionar lo menos posible los tejidos inmediatos. El empleo de aceite y de otras substancias en la cavidad peritoneal para que no formen adherencias no es un método recomendable.

Respecto al desagüe, el método más eficaz es el que aconseja para ello la vagina, á ser posible. Las operaciones vaginales son preferibles en los casos en que es de temer el colapso. La anestesia debe ser siempre de corta duración.

La vía vaginal es utilísima, pero no debe ser empleada de un modo exclusivo; no suele ser la mejor cuando existen adherencias fuertes, pero tiene la gran ventaja de que puede ser abandonada si es necesario y terminar la operación por el abdomen. La vía vaginal es utilísima en el tratamiento de las inflamaciones agudas de los órganos pelvianos, y este tratamiento suele tener una influencia favorable sobre la cuestión de los embarazos sucesivos.

En la gestación tubaria la vía abdominal es preferible, sobre todo después del tercer mes; antes de este tiempo puede usarse la vía vaginal, sobre todo si los tejidos afectos están enquistados. La hemorragia pelviana debe ser tratada por cualquier método que pueda usarse con más ventaja. En el tratamiento del cáncer del útero se ha aconsejado el método vaginal, modificado después por Schauta. La vía abdominal es más ventajosa para la inspección y tratamiento del apéndice, pero las enfermedades de este órgano son, al parecer, menos comunes en Europa que en América.

Celiotomía abdominal y vaginal en las operaciones ginecológicas; sus indicaciones y técnica. — El Dr. *F. Pfannenstiel* manifestó que de estos métodos aplicables á la mayor parte de las operaciones ginecológicas, debe preferirse el que á juicio del operador dé mejores probabilidades de éxito primitivas y secundarias.

En todas las enfermedades de los órganos intraperitoneales, la vía abdominal ofrece mejores probabilidades para el tratamiento radical ó conservador. En las mujeres asépticas suele elegirse esta vía en los casos de tumores, embarazo extrauterino, inflamaciones crónicas, vicios de conformación, etc. En los casos sépticos, cuando la substancia infecciosa puede ser expulsada por completo, la vía vaginal es preferible, excepto cuando conviene poner al descubierto todo el campo operatorio. Las enfermedades del apéndice y del cáncer, excepto el cervical en sus primeros períodos de desarrollo, deben ser tratadas por la vía abdominal.

La vía vaginal es preferible en los descensos y prolapsos y en las dislocaciones retrouterinas movibles, porque la colporrafia forma parte del procedimiento operatorio. Pueden emplearse, según lo exija el caso, la incisión vaginal anterior ó posterior. Para la incisión abdominal, el método

ideado primeramente por el autor, á saber: la incisión transversa, es eminentemente satisfactoria.

El Dr. *C. P. Noble* dijo que en los tumores ováricos supurados, prefiere operar radicalmente primero por la incisión abdominal, mejor que hacer la evacuación y el desagüe por la vagina, y después extirpar el quiste. Concuerda con el Dr. Pfannenstiel en que es preferible la vía vaginal para la miomectomía, cuando el mioma es más pequeño que la cabeza de un feto.

El Dr. *C. Cleveland* manifestó que la incisión de Pfannenstiel es útil en muchos casos y permite llegar á los órganos pelvianos más fácilmente que la incisión vertical. Permite también proteger bien el intestino y llegar al apéndice, que es siempre extirpado si presenta la menor alteración. La incisión de Pfannenstiel es utilísima en las mujeres obesas, y con ello se logra muchas veces evitar la infección, la depresión inferior de la pared abdominal.

El Dr. *I. R. Goffe* dijo que el campo de la vía vaginal no es tan grande como se ha creído durante mucho tiempo. Debe preferirse indudablemente para el tratamiento de los abscesos pelvianos y del hematocele cuando está infectado. En los tumores fibrosos es útil, excepto en los que tienen más volumen que la cabeza de un feto. No tiene ventaja alguna sobre la incisión abdominal, excepto cuando los órganos enfermos son más accesibles por la vagina. Es una vía útil no sólo para las operaciones vaginales plásticas, sino para las enfermedades inflamatorias de los órganos pelvianos, cuando éstos se hallan á la vez dislocados. Prefiere la incisión vaginal anterior á la posterior; la abertura puede hacerse de las dimensiones de la vulva. La cirugía conservadora de los órganos pelvianos puede practicarse por esta vía. El desagüe con gasa es útil en estas operaciones.

El Dr. *H. I. Boldt* indicó que rara vez opera sobre las trompas de Falopio durante el período inflamatorio agudo, pero si se forma un absceso que sobresale en la pelvis, se incinde á través de la vagina. En el 75 por 100 de los casos de enfermedad pelviana se halla afecto el apéndice, y para llegar á él es preferible la vía abdominal. Las operaciones vaginales las practica con menos frecuencia que antes. Si es necesario acortar los ligamentos redondos, prefiere la operación de Alexander.

El Dr. *R. L. Dickinson* dijo que empleando la incisión de Pfannenstiel en las mujeres obesas no suele haber supuración. Respecto á la vía vaginal ó abdominal, es cuestión de habilidad personal. Los quistes ováricos pequeños y los perioováricos pueden ser extirpados por la vagina. Cuando hay adherencias es preferible la vía abdominal.

El Dr. *S. C. Gordon* aconsejó el desagüe vaginal de las trompas durante el período agudo de la inflamación, único empleo que hace de esta vía. Es partidario de la incisión vertical media del abdomen, y para cerrar la herida emplea suturas con intestino de gusano de seda; la aponeurosis la cierra con catgut.

El Dr. *H. A. Kelly* dijo que sigue siendo partidario del método abdominal. La vía vaginal es útil para los traumatismos del suelo pelviano y para los padecimientos poco importantes de los órganos de la pelvis. Para las enfermedades graves de estos órganos prefiere la vía abdominal, sobre todo

en los casos de fibromas voluminosos y de apendicitis. Esta vía permite examinar la vesícula biliar. La incisión de Pfannenstiel es útil en las mujeres obesas.

El Dr. *C. C. Frederick* está de acuerdo con los que tratan la inflamación pelviana aguda por la incisión vaginal y el desagüe, pero jamás emplea esta vía para tratar las enfermedades crónicas de los órganos pelvianos. Cuando los ovarios están enfermos, sólo en parte no extirpa más que la porción lesionada. En los fibromas de poco volumen y en los quistes ováricos pequeños, opera á través de la bóveda vaginal anterior.

Estado de la mucosa en los miomas uterinos. — El Dr. *T. Cullen* dijo que el estado de la membrana mucosa depende principalmente del sitio del mioma. En los miomas submucosos de gran volumen la mucosa está distendida, pero no enferma; sin embargo, en unos casos se halla hipertrofiada y en otros atrofiada. En los casos en que es muy comprimida por un tumor, puede desaparecer por completo. En los pólipos mucosos, que suelen ser únicos y de pequeño volumen, la membrana mucosa está hipertrofiada.

En estas neoplasias las glándulas mucosas suelen ser normales. Cuando durante el desarrollo de los miomas la mucosa se hace más delgada, las glándulas desaparecen primero, después lo hace el estroma, quedando sólo, por último, el epitelio superficial. Cuando éste desaparece, el tumor suele esfacelarse y supurar. Las glándulas mucosas se dilatan y se hacen quísticas en estos casos.

La hemorragia es debida á la distensión y ruptura de los vasos; las venas son en ciertos casos distendidas en exceso. En los miomas submucosos múltiples la membrana mucosa intermedia está muy engrosada.

La endometritis con mioma es rara, excepto como consecuencia del esfacelo ó cuando se asocia con el piosalpinx. La tuberculosis es una asociación poco frecuente. El carcinoma del cuerpo uterino lo ha visto coincidir con miomas 25 veces.

Resección uterina vertical y horizontal.—El Dr. *H. A. Kelly* dijo que en las enfermedades no malignas del útero debe emplearse el tratamiento conservador, sobre todo en las mujeres de menos de cuarenta años, en las que conviene conservar la función menstrual. Esto se consigue por sección parcial del cuerpo del útero conservando la mucosa, por cuyo medio se normaliza el flujo uterino excesivo.

La operación conservadora ordinaria sobre las trompas y los ovarios no se practica siempre con arreglo á un plan bien definido y es incapaz de corregir la tendencia á las hemorragias excesivas. La conservación de parte de un útero fibromatoso produce resultados excelentes en las enfermas que menstruan todavía. Lo mismo acontece en la estrangulación inflamatoria ó hipertrófica ó en la subinvolución del útero, conservando la mucosa hasta á cierta distancia por encima del orificio interno del conducto cervical. La operación es intermedia entre la histerectomía total y la supravaginal. La resección puede ser horizontal ó vertical, extirpándose un trozo cuneiforme de la parte media del órgano y dejando una incisión oval ó circular que se cierra y cubre con el peritoneo. La operación es útil también en los casos graves de prolapso uterino. Queda siempre un útero pequeño, pero suficiente para los fines menstruales si se conserva lo más posible del en-

dometrio. La sección horizontal no suele ser seguida de embarazo, lo que no ocurre con la vertical.

¿Es la pubiotomía una operación justificada? — El Dr. *J. W. Williams* dijo que había practicado esta operación en 13 casos sin perder una enferma, y observando sólo fenómenos graves en un caso. Ha empleado la técnica de Döderlein, observando hemorragia únicamente en una enferma. El puerperio fué normal, presentándose accidentes de poca importancia sólo en 6 mujeres. La duración del puerperio fué, por término medio, de treinta días. En todos los casos las mujeres principiaron á andar á fines de la tercera semana, hallándose en buen estado al poco tiempo. En una tercera parte de los casos hubo movilidad permanente entre los extremos cortados del hueso. Esto no dificulta la locomoción, y es quizá útil, pues permitió después parir espontáneamente á una de las operadas. En 10 de los casos las enfermas se encontraron perfectamente después de la operación; tres tuvieron más partos.

La operación puede competir con la provocación del parto prematuro y con otros métodos favorables para el feto. Las mujeres la toleran muy bien no estando infectadas. La mortalidad fetal es de 2 por 100, algo más elevada que la del parto provocado, pero como las criaturas están mejor desarrolladas, la pubiotomía es preferible. Es mucho mejor que la sinfisiotomía, tanto para la madre como para el hijo. Está indicada sólo cuando el conjugado verdadero mide más de 7 centímetros; de aquí que no pueda ser considerada como competidora de la operación cesárea.

Su mortalidad es inferior á la de ésta, pero cuando se ve á la enferma poco antes de empezar el parto, debe preferirse la operación cesárea. La pubiotomía constituye un método seguro cuando las enfermas se encuentran hace ya varias horas en el segundo período del parto, mientras que en la operación cesárea la mortalidad aumenta por cada hora transcurrida desde el principio del parto. Puede compararse favorablemente con la craneotomía, la aplicación alta del forceps, la sinfisiotomía y la versión. Es una operación primitiva que puede sustituir á la craneotomía; no debe practicarse en los casos de infección, ni por persona que no sea práctica en esta clase de operaciones.

El Dr. *E. G. Grandin* dijo que la mortalidad y morbilidad de la operación cesárea es menor que la de la pubiotomía. El parto provocado es preferible, si se practica después de la dilatación manual, con versión seguida de taponamiento intrauterino con gasa.

El Dr. *F. Pfannenstiel* manifestó haber practicado la pubiotomía 27 veces con mortalidad fetal nula. Practica esta operación sólo en los casos en que el diámetro conjugado mide menos de 7 centímetros, y cuando la enferma no está infectada.

El Dr. *B. C. Hirst* no cree favorable la pubiotomía en los casos en que la recomienda el Dr. Williams. Prefiere el parto prematuro artificial ó la operación cesárea.

El Dr. *H. D. Fry* es enemigo decidido de la pubiotomía. Es peligrosa para el niño durante la extracción de la cabeza, y hay también peligro grandísimo de hemorragia. Su morbilidad se eleva á 55 por 100, quizá mayor que la de toda operación obstétrica, excepto la sinfisiotomía. Una

de sus consecuencias posibles ó probables es la flebitis séptica, y debe limitarse, por lo tanto, á los casos en que no puede practicarse la operación cesárea.

El Dr. *R. C. Norris* dijo que, aun después de dividirse el pubis, precisa observar grandes precauciones durante el parto. La cabeza suele hallarse en posición occipitoposterior, y se necesita cierta habilidad para terminar el parto. Para elegir entre la pubiotomía y el parto prematuro artificial, es preciso tener en cuenta la naturaleza de los casos y la habilidad del tocólogo.— (*New York Med. Journal*).— F. Toledo.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la calvicie.— Lassar, dice el Dr. C. Fouquet, aconseja el tratamiento siguiente: Durante seis á ocho semanas se lava la piel del cráneo con jabón y agua de brea, empleando en cada lavado diez minutos. Las mujeres rubias pueden utilizar la preparación siguiente:

Carbonato de potasa	aa	15 gramos.
— de sosa		
Jabón ordinario en polvo		70 —
Agua de rosas		100 —

Una vez que la piel del cráneo se ha impregnado bien de espuma jabonosa, se separa ésta por medio de un chorro de agua tibia, empleando para ello un irrigador. Después se lava con agua fría, se seca y se frota con la mezcla siguiente:

Bicloruro de mercurio		50 centígramos.
Agua destilada		150 gramos.
— de Colonia	aa	15 —
Glicerina		

Esta fricción es seguida de otra con una de las preparaciones siguientes:

Timol	50 centígramos.
Alcohol rectificado	200 gramos.

ó

Beta-naftol	50 centígramos.
Alcohol rectificado	200 gramos.

Cuando la piel del cráneo ha sido desengrasada se frota con la mezcla siguiente:

Acido salicílico	2 gramos.
Tintura de benjuí	3 —
Aceite de aro	100 —

En este tratamiento, quizá algo complicado, la jabonadura desprende todas las materias adheridas á la piel del cráneo y la mixtura de sublimado puede ser absorbida así fácilmente por el orificio de los folículos pilosos. El alcohol rectificado deseca, desengrasa y desinfecta la piel del cráneo y, por último, el aceite salicilado penetra con facilidad á través de los poros

y el ácido salicílico puede así ejercer su acción parasiticida hasta en la profundidad de los fondos de saco glandulares.

Otro tratamiento de la calvicie es el siguiente, recomendado por Sabouraud: Aconseja emplear la tanobromina, polvo parduzco que contiene 80 por 100 de bromo. En solución poco concentrada combate la seborrea; si se forman películas, debe prescribirse:

Tanobromina	1 gramo.
Vaselina amarilla	29 —

ó

Acido salicílico	50 á 75 centígramos.
Tanobromina Tigenol Tintura de cantáridas	aa 1 gramo.
Esencia de rosas	1 gota.
Médula ósea de buey	30 gramos.

Tres veces por semana se da por la noche una fricción con cualquiera de estas pomadas. Después sólo se dan dos fricciones semanales.

Si hay seborrea se practica una jabonadura cotidiana con azufre dorado; se seca la piel del cráneo y se aplica después una de las preparaciones siguientes:

Tigenol	2 á 5 gramos.
Alcohol	100 —

ó

Tanobromina Tigenol	aa 2 á 5 gramos.
Alcohol diluido	100 —

Si la seborrea es ligera se usa la siguiente preparación:

Hidrato de cloral	5 gramos.
Agua Alcohol	aa 50 —

(*Le Medecin praticien*).

Tratamiento de las hemorragias por la tintura de eucaliptus. — En un caso de hemorragia persistente, consecutiva á la extracción de un molar, el Dr. A. Todd White aplicó sobre el alvéolo la tintura de eucaliptus (una parte de hojas por cinco de alcohol) y obtuvo la supresión completa de la pérdida de sangre. La hemorragia volvió á reproducirse al día siguiente, á causa de una imprudencia del enfermo, pero cedió en seguida que se aplicó la tintura de eucaliptus. En otro caso de hemorragia persistente, por aplicación de una sanguijuela á la encía se habían empleado sin éxito durante doce horas los medios ordinarios, alumbre, percloruro de hierro, hielo, etc. La pérdida de sangre cesó por completo á los cinco minutos de aplicarse la tintura de eucaliptus. Esta preparación puede aplicarse como hemostático por medio de gasa en la circuncisión y en otras operaciones poco importantes. Cree el Dr. Todd White que el uso interno del cloruro de calcio combinado con la aplicación externa de la tintura de eucaliptus es susceptible de contener toda clase de hemorragias.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SÍFILIS CEREBRAL CON SÍNTOMAS DE TUMOR. AUTOPSIA

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición.

La sífilis cerebral proporciona inagotable material de estudio, tanto bajo el punto de vista clínico, como bajo el anatomopatológico. Sus variadísimas lesiones que en distintas formas y en inconstantes proporciones afectan á todos los tejidos que entran en la constitución de los centros nerviosos, se traducen en múltiples síntomas, agrupados en cuadros clínicos de caracteres multiformes y de evolución diversa. Esta mutabilidad sindrómica, esta variabilidad de aspectos, no sólo de los distintos casos comparados unos con otros, sino también de un mismo caso en las varias etapas de su curso, constituye el más saliente rasgo diagnóstico de la sífilis cerebral, difícil de deslindar de otros procesos análogos, si sólo á los detalles sintomáticos se atiende; en cuanto á la diferenciación de las lesiones también es muy expuesta á errores si no se juzga más que por los caracteres intrínsecos aislados de las mismas, siendo necesario buscar pruebas convincentes en el conjunto del trastorno anatomopatológico.

Recientemente se han descubierto algunos caracteres del líquido cefalorraquídeo de los sifilíticos, con lesiones nerviosas centrales, á los que se atribuye un gran valor diagnóstico, como la linfocitosis y la presencia de cuerpos especiales (reacción de Wassermann), pero la fórmula citológica no es siempre la misma, y el caso que voy á exponer es un ejemplo de ello, y en cuanto á la desviación del complemento, procedimiento hasta ahora puramente empírico, pues se desconoce su completa explicación científica, necesita aún ser

más estudiado y perfeccionado antes de que entre de lleno en la práctica.

Estas dificultades con que tropieza el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la sífilis cerebral, no obstante la inmensa labor experimental en estos últimos años acumulada sobre este punto, justifican la publicación de todo caso que haya podido estudiarse con detenimiento, y no otra es la razón de ser del presente trabajo: en él expondré una observación clínica, notable por lo completo del síndrome de neoplasia cerebral observado en vida y por la rebeldía del proceso al tratamiento específico y describiré las lesiones, tanto macroscópicas como microscópicas, reveladas por la autopsia, terminando con algunas reflexiones sobre los caracteres de los gomas cerebrales y sus rasgos diferenciales de otras neoformaciones parecidas.

Prescindiré de toda consideración de orden general sobre las formas de la sífilis de los centros nerviosos, pues aparte de que dilatarían demasiado el contenido de este artículo, fueron ya expuestas por mí en un trabajo anterior publicado en esta misma REVISTA (1).

***

M. A., de treinta y cinco años, casada, de Burgos, carece de antecedentes familiares neuropáticos.

Ha sido siempre de constitución endeble, padeciendo clorosis en la adolescencia. Contrajo matrimonio en 1900 y á poco de casada tuvo un aborto de siete meses, no viviendo el feto más que unas horas; no volvió á quedarse embarazada; desde antes del aborto padeció de flujo blanco, que persistió algún tiempo después. Según he podido averiguar, el marido tuvo poco antes de la boda un chancro seguido de manifestaciones secundarias en la piel y en la mucosa bucal.

Enfermedad actual. Comenzó aparentemente en octubre de 1906, con intenso dolor de cabeza, profundo, casi continuo, vómitos repentinos é inmotivados y sensación de vértigo. En enero de 1907 se presentaron accesos convulsivos que comenzaban por la mano izquierda, se propagaban al brazo y á la pierna del mismo lado, y luego á la cara y á los miembros del lado opuesto; al final del ataque sobrevenía pérdida de conocimiento, emisión de heces y orina y existía amnesia consecutiva. Estos accesos eran muy frecuentes,

(1) FERNÁNDEZ SANZ: La mielitis transversa sifilítica, REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, núms. 798 y 799, 14 y 21 agosto 1908.

pues ocurrían todos los días y en ocasiones más de una vez al día; su duración era variable, de algunos minutos hasta media hora. En febrero notó disminución de la agudeza visual, que fué en aumento hasta convertirse en ceguera completa: á la vez observó torpeza en los movimientos y disminución de fuerza muscular en los miembros izquierdos. Fué sometida á un tratamiento antisifilítico, consistente en inyecciones mercuriales y yoduro potásico al interior, pero sin obtener alivio alguno, al contrario, encontrándose cada vez peor, ingresó en el Hospital de la Princesa (Sala de Santa Lucía, cama núm. 17) el 9 de agosto de 1907.

Status praesens (10 septiembre de 1907). Mujer en buen estado de nutrición, algo obesa. Nada de anormal se aprecia en los aparatos esplácnicos. Incontinencia de heces y orina durante los accesos convulsivos.

La enferma se hallaba en un estado de profundo *torpor* psíquico. No contestaba, ó sólo muy tarde y por monosílabos, á las preguntas que se le dirigían, y esto únicamente cuando eran muy sencillas, como por ejemplo, su nombre, el de su marido, pero era incapaz de decir el título de la calle donde vivía. No obedecía, ó sólo muy lenta y torpemente, á las órdenes de movimiento que se la dirigían. No había expresión espontánea ni verbal ni motora de sensaciones ni de representaciones, permaneciendo en un estado de inercia muy vecino del coma.

La motilidad de los miembros estaba muy disminuída, siendo, sobre todo, muy escasa la fuerza de presión de la mano izquierda. La comisura bucal estaba desviada hacia la derecha, la mitad izquierda de la cara estaba flácida, lisa, sin surcos.

No pudo apreciarse más detalladamente el estado de las funciones motoras, por impedirlo el estado de continua somnolencia de la enferma.

El reflejo rotuliano estaba exaltado en ambos lados, pero más á la izquierda; no había *clonus* del pié. Los signos de Babinski y de Oppenheim eran positivos en los dos lados, pero más acentuados en el izquierdo.

La exploración de la sensibilidad fué muy difícil y deficiente por la obnubilación psíquica de la enferma: *grosso modo* pareció apreciarse en los miembros izquierdos considerable hipoestesia tactil y dolorosa: en los derechos, la sensibilidad cutánea parecía bien conservada.

Amaurosis bilateral total; pupilas desiguales en dilatación me-

dia, rígidas á la luz, no siendo posible explorar la reacción de acomodación-convergencia por el obscurecimiento de la conciencia de la enferma. El examen oftalmoscópico reveló intenso éxtasis venoso, con papila saliente, de un rojo obscuro, borrosa, de bordes difusos.

La enferma hablaba muy poco, nada más que cuando era vivamente instada á ello, pero se expresaba correctamente aunque con mucha lentitud y realizando un gran esfuerzo. Se quejaba de cefalalgia continua, profunda, generalizada á toda la cabeza.

Sufría accesos convulsivos y de contracturas tónicas muy frecuentes, repitiéndose considerable número de veces cada día y siendo á menudo sub-intrantes. Comenzaban por ligeras sacudidas del pulgar de la mano izquierda, poniéndose después rígida la extremidad superior de este lado y propagándose á continuación la rigidez á los demás miembros, á la cabeza y al tronco, agitándose todo el cuerpo en una tremulación general, pero sin convulsiones clónicas extensas. Duraban estos accesos por término medio diez minutos, á veces se sucedían varios sin interrupción, y después de ellos la obnubilación intelectual se acentuaba, convirtiéndose en coma profundo con respiración estertorosa. Durante los accesos, que se acompañaban de emisión involuntaria de heces y orina, era muy escasa la participación que la cara tomaba en los fenómenos contracturales, reduciéndose á la desviación de los globos oculares hacia arriba y á algunas fugaces gesticulaciones.

Por la punción lumbar se obtuvieron 7 cent. cúb. de líquido transparente á tensión un poco elevada (37 gotas por 1′ con aguja de $0^{m},0008$ de luz). Reacción de albúmina evidentemente marcada ($NO^{5}H$). Examen citológico; uno ó dos linfocitos y cinco ó seis polinucleares por campo (Microscopio E. Leitz, ocular 4. Objetivo de inmersión $^{1}/_{12}$).

Inmediatamente después de la punción cesaron los accesos y se despejó un poco la mente de la enferma, pero al cabo de algunas horas reapareció la obnubilación psíquica, aún más acentuada que antes. El día de la punción, 11 de septiembre, transcurrió sin ningún acceso, aunque quejándose la paciente de intenso dolor en la nuca.

En los días siguientes el estado semicomatoso se fué acentuando progresivamente hasta convertirse en coma, propiamente dicho, con algunos intervalos de relativo despejo.

El 15 de septiembre, á las dos de la tarde, sufrió la enferma un

violento acceso contractural, tónico, del mismo carácter que los anteriores, y continuaron repitiéndose estos ataques de modo sub-intrante, constituyendo un verdadero estado de mal, en el que ocurrió el fallecimiento á las dos de la mañana del día 16.

El tratamiento durante la estancia de la enferma en el Hospital consistió en unciones de pomada mercurial doble (5 gramos por día) y 4 gramos diarios de yoduro potásico al interior.

Autopsia.—Meninges macroscópicamente sanas, sin adherencias, ni espesamientos, ni congestión excesiva. Circunvoluciones cerebrales aplanadas, como comprimidas contra la bóveda craneal, estando los surcos casi borrados. Cerebro bastante consistente y enjuto. Moderada cantidad de líquido cefalorraquídeo transparente. En el hemisferio derecho, la punta del lóbulo temporal y el opérculo rolándico están reblandecidos; la ínsula forma como una protuberancia hemisférica de superficie irregular, sin circunvoluciones aparentes de consistencia blanda, que á la presión parece fluctuante. El pié de la tercera circunvolución frontal participa intensamente en el proceso patológico. La zona rolándica derecha parece sana.

Hemisferio izquierdo.—Lesiones de reblandecimiento, pero sin neoformación aparente en la parte anterior del lóbulo temporal; la ínsula, el opérculo y la zona motora de este lado parecen indemnes. Vasos de la base del encéfalo sin alteración macroscópica. Nada anormal en el cerebelo, protuberancia ni bulbo; por disposición de la familia hubo de limitarse la autopsia á la cavidad craneal.

Incluído inmediatamente el cerebro en formol á 10 por 100, se dieron cortes el 3 de enero de 1908, frontales en el hemisferio izquierdo y horizontales en el derecho. En el hemisferio cerebral izquierdo se apreciaron lesiones de reblandecimiento cortical y subcortical, en el opérculo rolándico y en el polo del lóbulo temporal; estas partes estaban retraídas y eran de color de gamuza uniforme, sin distinción de substancias gris y blanca. En pleno centro semioval, á la altura de la porción media de la primera circunvolución frontal, existía una mancha amarilla, del tamaño de un guisante, de aspecto parecido al de las lesiones superficiales que acabo de describir.

Hemisferio derecho.— En la parte anterior del centro semioval, en la región correspondiente al lóbulo frontal, había una formación neoplásica blanda, de color gris, muy bien limitada, sobre todo lateralmente, fuertemente vascularizada medialmente, más próxima á la cara inferior que á la superior y á la externa que á la inter-

na del hemisferio, alcanzando su límite posterior hasta el nivel del surco rolándico, y el anterior hasta tres centímetros por detrás del polo frontal; esta neoformación se hacía superficial en algunos puntos, interesando á la corteza cerebral en la ínsula en los piés de la tercera frontal y frontal ascendente, y en la punta del lóbulo temporal. En el seno de la neoplasia existía una masa cúbica de unos dos centímetros de lado, muy netamente limitada, de lados rectilíneos, transparente, de aspecto lardáceo, de consistencia gelatinosa, que parecía un pedazo de tocino incrustado en la masa tumoral.

El examen microscópico de la neoplasia fué practicado por el Dr. Cardenal en el Laboratorio de Investigaciones biológicas, remitiéndome con fecha 24 de febrero la siguiente nota:

«El análisis bacteriológico, previa coloración de los cortes por los métodos de Ehrlich (bacilo de la tuberculosis), de Giemsa y de Cajal (microorganismo de la sífilis), no permite encontrar ni el bacilo de Koch ni el *Spirochaeta* de Schaudinn.

»En los trozos de zona necrósica que han quedado adheridos á los cortes (teñidos por el nitrato de plata, según el método de Cajal, por la hematoxilina-eosina y por la tionina), vénse algunos restos de núcleos de las células. La zona que rodea á la porción necrósica es sumamente rica en células, y éstas presentan en su mayoría el tipo epitelioide; sus núcleos están orientados concéntricamente con relación á la zona necrósica, y no se encuentra ningún folículo tuberculoso ni una sola célula gigante de Langhans. Entre las células epitelioides que constituyen la mayor parte de la neoplasia, se encuentran algunos leucocitos y zonas de infiltración de células pequeñas; los leucocitos son más abundantes hacia la periferia de la neoplasia. Se observa una gran cantidad de vasos de antigua y nueva formación; sus paredes, principalmente la adventicia y la íntima, aparecen fuertemente engrosadas é infiltradas de células pequeñas. Diagnóstico probable: *goma sifilítico*».

***

El diagnóstico debe ser discutido bajo el punto de vista clínico y bajo el anatomopatológico.

Clínicamente se calificó la enfermedad de sífilis cerebral, fundándose principalmente y aun de un modo exclusivo en los terminantes datos anamnésicos.

El cuadro clínico de la sífilis cerebral es muy rico en manifesta-

ciones, y precisamente esta abundancia de síntomas, así como las variaciones que en el curso del proceso experimentan, constituyen el primero de sus rasgos diagnósticos, en orden cronológico de apreciación, y uno de los más seguros en cuanto á valor diferencial.

En el caso presente, como excepción á esa regla general de mutabilidad que ofrece el curso de la sífilis del encéfalo, el cuadro clínico se ha mantenido constante, constituído por un conjunto de manifestaciones sólidamente enlazadas, revelando la existencia de una lesión fija y bien localizada. Por esto, á la vez que se hacía el diagnóstico de sífilis cerebral por la anamnesis, se precisaba también la forma de lesión luética, calificándola de tumor gomoso; mejor dicho, la marcha del diagnóstico fué otra, pues en realidad primero se diagnosticó el tumor cerebral y luego su naturaleza sifilítica.

Presentaba la enferma completo el síndrome general de neoplasia intracraneal, constituído esencialmente por la cefalalgia, vómitos y neuritis óptica. El predominio de los fenómenos paralíticos y contracturales y de las alteraciones de los reflejos en el lado izquierdo, parecía indicar que el tumor interesaba directa ó indirectamente á la zona motora del hemisferio cerebral derecho, pero era imposible llegar á una localización más precisa, pues lo impedía la bilateralidad de los síntomas, siquiera fueran más marcados en los miembros izquierdos, la falta en los accesos convulsivos de aquellos caracteres que se exigen á las llamadas crisis de epilepsia jacksoniana para que puedan considerarse provocadas por la lesión directa de la zona rolándica y sobre todo el estado de sopor de la enferma que impedía analizar con detalle los síntomas, tanto motores como sensitivos; tampoco se apreció dolor limitado por la percusión de la superficie craneal. Esta insuficiencia de los signos localizadores, así como el grave estado de la paciente y el poco tiempo que estuvo bajo mi observación directa (sólo cinco días, del 10 al 15 de septiembre), hicieron imposible toda tentativa de intervención quirúrgica radical.

Contra la hipótesis de lesión cerebral sifilítica basada en las claras indicaciones anamnésicas, militaban, no obstante, razones de peso; la primera de ellas, la absoluta ineficacia del tratamiento específico, á pesar de la energía y la tenacidad con que se aplicó desde los primeros instantes. La punción lumbar tampoco pareció confirmar la sospecha de afección sifilítica ni siquiera la de tumor intracraneal, pues salió el líquido á tensión sólo muy ligeramente superior á la normal, no se hallaron en él células endóteliales, y si

bien es cierto que existía leucocitocis, no era ésta de predominio linfocítico, sino polinuclear. Acerca de este punto debe advertirse que aunque la linfocitosis cefalorraquídea es la regla en la sífilis cerebroespinal, se conocen casos de reacción polinuclear como los de Bonnet (1) y Widal, Lemierre y Boidin (2), los cuales admiten que en este proceso puede determinarse una polinucleosis con células no deformadas por brotes congestivos meníngeos agudos.

El signo de Argyll-Robertson, de extraordinario valor práctico para el diagnóstico de la sífilis y de la metasífilis de los centros nerviosos y que á veces, como en el caso de Mathieu y Aynaud (3), constituye la única expresión clínica del proceso, no pudo apreciarse en mi caso; las pupilas eran desiguales y permanecían rígidas á la luz, pero estos trastornos se explican perfectamente como fenómenos de ceguera refleja debida á las intensas alteraciones del fondo del ojo, arranque del miembro centrípeto del arco reflejo; en cuanto al reflejo pupilar de acomodación-convergencia, fué de exploración imposible por el estado mental de la enferma.

Clínicamente, pues, si bien podía afirmarse la existencia de un tumor cerebral y hasta señalar su situación aproximada, no se podía asegurar su naturaleza sifilítica, muy probable por los datos conmemorativos, pero no demostrada por los síntomas actuales. Esta demostración se obtuvo por el examen necrópsico, pero no sin que fuera preciso un diagnóstico diferencial anatomopatológico. Y á la vez que hago este último y definitivo diagnóstico, me parece oportuno exponer algunas consideraciones generales sobre los gomas sifilíticos del encéfalo.

***

Entre las múltiples lesiones que la sífilis produce en los centros nerviosos, posee el goma rasgos clínicos tan salientes, que los autores separan su descripción de la de las restantes formas de lues cerebroespinal y la incluyen en la de los tumores. Esto quiere decir que clínicamente es el goma, ante todo, un tumor y como tal se diagnostica, aunque luego se le trate no como se tratan los tumores en general, sino como todos los procesos sifilíticos.

De la frecuencia de esta manifestación luética no es posible formar juicio sólo por los registros necrópsicos, pues pueden desaparecer to-

(1) *Lyon médical*, t. CVII, p. 996, 1906.
(2) *Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp.*, de París, 28 junio 1906.
(3) *Bull. et Mem. de la Soc. Anat.*, de Paris, t. VII, n.° 10, p. 916, 1906.

talmente por el tratamiento y aun espontáneamente (Oppenheim (1), Gowers, Bruns (2). Para Oppenheim ocupan el primer lugar en orden de frecuencia entre los tumores cerebrales del adulto, y Bruns se muestra conforme con esta opinión. Los datos necrópsicos deben, como he dicho, estimarse inferiores á la realidad; con arreglo á ellos, en 63 autopsias de tumor cerebral, sólo cuatro veces se encontraron gomas (Bruns), y de 300 casos en sujetos adultos recogidos por Allen Starr (3), en 20 se trataba de gomas. En los niños son mucho más raros, no habiéndose encontrado más que dos veces en 300 casos en individuos menores de dieciocho años, según Allen Starr; este autor niega su producción en la sífilis hereditaria, pero Bruns la afirma. Su frecuencia no es escasa comparada con las otras formas de sífilis cerebral; en 29 casos de ésta con autopsia, existían neoformaciones gomosas en 8 (Neumann) (4).

Su etiología reconoce como factor fundamental la infección sifilítica previa, y en ella encuentran cabida todas las consideraciones de orden causal aplicables á la sífilis de los centros nerviosos en general, y que no hay por qué repetir aquí. Relativamente frecuente en el adulto, raro en el niño, según he indicado ya, á la inversa de lo que acontece con el tuberculoma, se presenta en ocasiones dentro del primer año de la infección y á veces veinte años más tarde, como único síntoma terciario ó asociado á otras manifestaciones (Allen Starr) (5).

Es digna de mención su posible subordinación á un traumatismo craneal, como en la observación de Walz (6).

Precisamente por la mayor exposición á traumatismos, explica Bruns la localización predilecta de los gomas sifilíticos en la corteza del lóbulo frontal y de la zona rolándica. En la cara inferior de los lóbulos frontales, los ha observado Mallaret (7); la localización en la hipófisis (Strœbe) (8) es interesante, no sólo por los síntomas á que da lugar, sino también por ciertas particularidades histológicas (células gigantes, cuya naturaleza sifilítica es admitida por Strœbe y negada por Baumgarten). La multiplicidad de los

(1) Die Geschwülste des Gehirns, 2.ª edic. Viena, 1902.
(2) Die Geschwülste des Nervens systems, p. 51, 2.ª edic. Berlín, 1908.
(3) Organic Nervous Diseases, p. 585, Londres, 1906.
(4) *Wiener medizinische Wochenschrift*, n.° 15, p. 621, 1906.
(5) Loc. cit.
(6) *Deutsche medizinische Wochenschrift* (Vereinsber), n° 4, pág. 174, 1908.
(7) *Marseille medicale*, n° 22, 1904.
(8) Beitr. z. pathol. Anat. und z. Allgem. Pathol. B. 37, pág. 455, 1905.

gomas es, según Oppenheim (1) la regla, confirmada por Robb (2).

A veces existe en el encéfalo una verdadera siembra de nódulos gomosos miliares. La localización en el cerebelo es rara, á la inversa de lo que ocurre con el tuberculoma.

Se presentan habitualmente en conexión con las meninges, siendo raros los que aparecen libres en la substancia cerebral, y aun éstos derivan de modo secundario de aquéllas ó arrancan de los vasos.

No suelen adquirir gran tamaño, llegando á lo sumo al de una nuez. En los meníngeos y corticales la forma es aplanada, con tendencia á formar placas; los desarrollados en plena masa cerebral son esféricos, pero irregulares, con protuberancias ó gibas. Están limpiamente limitados del tejido ambiente, existiendo á lo sumo, en la periferia, una zona de transición reblandecida. Lo mismo que el tubérculo, no comprime al tejido cerebral, sino que lo destruye y se sustituye á él.

Histológicamente están constituídos por un tejido de granulación que consta de células redondas, epitelioides y aun gigantes y de vasos neoformados, que sufren alteraciones específicas, se trombosan, y no pudiendo nutrir al foco neoplásico, determinan su degeneración. Al corte se observan en los gomas focos caseosos y formaciones fibrosas, éstas sobre todo abundantes en la periferia. Pueden experimentar la caseificación, calcificación, transformación fibrosa (más frecuente en las meninges) y la reabsorción; la metamorfosis purulenta es muy rara. (En esta descripción anatomopatológica he seguido principalmente á Bruns) (3).

Dan síntomas de tumor cerebral, y los antecedentes, la evolución, la coexistencia de otras manifestaciones sifilíticas en los centros nerviosos ó fuera de ellos, algunos signos especiales, como el de Argyll-Robertson, la linfocitosis cefalorraquídea, la reacción de Wassermann, etc., y la acción del tratamiento específico, permiten afirmar su naturalesa luética.

El diagnóstico diferencial anatomopatológico debe, en primer término, señalar los caracteres que distinguen al goma del tuberculoma. Estos caracteres son los siguientes (Bruns): la degeneración caseosa es histológicamente indéntica, pero su distribución es diversa, pues en el tuberculoma suele estar todo el centro caseificado, rodeado de una zona en evolución, mientras que en el goma las partes

(1) Loc. cit., pág. 24.
(2) *The Journ. of Nerv. and Ment. Diseases*, vol. 32, pág. 268, 1905.
(3) Loc. cit., págs. 52 á 55.

caseosas y las aún dotadas de vitalidad están irregularmente mezcladas. Pero las principales diferencias histológicas son la riqueza del goma en vasos que ostentan lesiones sifilíticas y su tendencia á la esclerosis cicatricial, reduciéndose mucho más frecuentemente que el tubérculo á un pequeño nódulo fibroso. Otros caracteres diferenciales son la presencia del bacilo de Koch en el tuberculoma y la del *Spirochaeta* en el goma, el asiento predilecto de éste en las meninges y de aquél en el parénquima cerebral, el menor tamaño del goma y, por fin, la diversidad de las lesiones concomitantes, meningitis tuberculosa ó meningitis esclerogomosa y arteritis sifilíticas respectivamente.

En el caso que he historiado faltaban muchos de estos rasgos diferenciales: la neoplasia era bastante voluminosa, del tamaño de un huevo de gallina, desarrollada en pleno centro semioval, sin conexión aparente con las meninges, el tejido fibroso era muy escaso, y no se advertía la menor tendencia á la retracción cicatricial; pero la falta de células gigantes y de folículos tuberculosos, y sobre todo la abundancia de vasos con lesiones específicas, bastaban para demostrar la naturaleza sifilítica de la neoformación, confirmada, además, por la coexistencia de lesiones de reblandecimiento en el hemisferio cerebral izquierdo.

Algunos tumores sarcomatosos con focos irregulares de caseificación, pueden á simple vista confundirse con el goma, pero la estructura histológica de una y otra neoplasia es muy distinta.

La autopsia demostró en este caso que hubiera sido inútil intentar la operación radical, pues la neoplasia era inextirpable; tampoco se hubieran obtenido grandes ventajas de la trepanación descompresiva, pues realmente no existía gran hipertensión endocraneal, lo que es lógico tratándose de un tumor que destruye más bien que comprime á la masa cerebral. En un caso parecido al actual, Moolen (1) logró localizar con exactitud un goma subcortical, pero á pesar de tanta precisión diagnóstica, no fué posible salvar al enfermo. Téngase también presente al discutir la conveniencia de la intervención quirúrgica, que hay formas de sífilis cerebral difusa sin neoformación gomosa que dan síntomas de tumor; tal ocurre, según Bruns, con la meningitis gomosa de la base y en dos observaciones de Mills (2), en las que, al parecer, se trataba de tumor de la base del

(1) *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 33, núm. 6, página 407, 1906.

(2) *Unniv. of Penna Med. Bull.*, vol. 17, pág. 103, 1904.

encéfalo, no se encontró neoplasia alguna, sino únicamente lesiones diseminadas. Hoy, que se interviene ya por tumores basilares (hipófisis, ángulo pontocerebeloso), conviene tener presente siempre estos posibles errores de diagnóstico.

En cuanto á la impotencia del mercurio y del yoduro potásico para atajar la evolución del proceso en el caso presente, es difícil de explicar. Cierto que no se deben considerar á dichos medicamentos como absolutamente capaces de curar todas las lesiones sifilíticas, pero también lo es que las más comunmente rebeldes son las alteraciones esclerosas, mientras que los gomas, sobre todo en el estado de vivacidad en que se hallaba el de mi enferma, se muestran en general bastante dóciles al tratamiento específico; trátase, pues, de una excepción desgraciada, que demuestra que no es ilimitada ni constante la eficacia de esa poderosa medicación, pero que en nada invalida sus terminantes é ineludibles indicaciones.

REVISTA DE MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA

POR

D. ANTONIO LECHA-MARZO

Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

SUMARIO: I. Comportamiento de los glóbulos blancos en la muerte por sumersión. — II. Estudio experimental de la muerte por sumersión. — III. Un nuevo procedimiento para obtener la impresión de la planta del pié. — IV. Sobre la presencia ó no del fenol en la sangre en los casos de envenenamiento por esta substancia. — V. Estudio fisiológico, químico y toxicológico del jugo del árbol del manzanillo. — VI. Envenenamiento mortal por las emanaciones de trigo averiado.

I. El Dr. A. Ascarelli, en la sesión celebrada el 1.° de junio pasado por la *Sociedad italiana de Medicina legal* (presidida por el profesor S. Ottolenghi), refirió los resultados experimentales á que ha podido llegar estudiando el comportamiento de los glóbulos blancos de la sangre en la muerte por sumersión en comparación con la muerte por suspensión y por puntura bulbar; los resultados concuerdan con los que el mismo autor obtuvo estudiando la sangre de individuos ahogados y muertos de otros modos violentos.

En la muerte por sumersión encontró en los glóbulos blancos, además de alteraciones en la forma y colorido, alteraciones gra-

vísimas en la llamada «fórmula leucocitaria», consistentes en un gran aumento relativo y absoluto de los mononucleares, especialmente de los linfocitos; disminución relativa y absoluta de los polinucleares, de modo que se puede hablar de una inversión de la fórmula leucocitaria en la muerte por sumersión. Esta inversión se observa ya en el período agónico y tanto en la sangre del corazón como en la de las venas.

El ilustre Ascarelli explica, además, la patogenesis del fenómeno é insiste sobre su importancia científica y práctica.

II. Las lesiones características de la asfixia por sumersión radican, no sólo en los pulmones, bajo la forma de enfisema hidro-aéreo, sino también en el corazón, la circulación cava, y sobre en el hígado.

El hígado de los ahogados es muy característico; está intensamente congestionado, aumentado de peso en la proporción de un cuarto ó de un tercio y deja escapar en las secciones sangre flúida y negra.

Las funciones glandulares hepáticas se suspenden por el hecho de esta asfixia.

Según los datos fisiológicos recientes—es otra de las conclusiones que el Dr. Etienne Martín emite en su trabajo; *Province médicale*, número 1, 4 enero 1908—sobre las funciones fibrinogénicas del hígado y su papel en la coagulación de la sangre, se puede explicar la causa de la fluidez de la sangre en la asfixia y las variaciones de su coagulación, según el modo, la duración é intensidad de ésta.

III. Para determinar el grado de deformación de la bóveda plantar conviene siempre obtener la impresión del pié; con este medio aun los hundimientos muy ligeros no pasan desapercibidos. Es en los piés planos traumáticos, por fractura ó luxación de los huesos del tarso ó por alteraciones del tonus muscular de los extensores del pié, cuando conviene obtener esta impresión. Los procedimientos propuestos son numerosísimos. Generalmente se apoya el pié, barnizado con un cuerpo graso, sobre una lámina de papel; este medio, muy rudimentario, no permite, como los que siguen, conservar la impresión obtenida.

1.° Impresión del pié sobre el papel cubierto de negro de humo (Volkmann). La prueba debe ser barnizada (bencina y goma laca); pero la capa es fragil y se descascarilla fácilmente. 2.° Impresión del pié con tinta de imprimir pura (Vleminckx-Hendrix) ó diluída en petróleo (Moreau) ó en nafta (Van Engelen) (1).

(1) Van Engelen: *Ann. Soc. Méd. leg. de Belgique*, 1903, pág. 220.

Stockis (de Lieja), en el trabajo que analizamos (Un nouveau procédé pour prendre l'empreinte de la plante du pied. *Liège Médical*, 2 agosto 1908), hace observar que se puede emplear para el pié la técnica que los dactiloscopistas utilizan para las impresiones digitales y con resultados perfectos. Se procede así: se vierte sobre una lámina de vidrio una gota de tinta de imprimir diluída en trementina (consistencia semiflúida) y se extiende con ayuda de un rodillo de gelatina tipográfico; cuando la capa está uniformemente extendida (nos aseguramos, colocándola sobre un fondo blanco), se obtiene con el rodillo otra segunda placa y por un movimiento de vaiven repetido se consigue sobre ésta un tinte gris uniforme. Sobre esta segunda placa se apoya el pié para obtener la impresión. Es perfecta desde la primera intención, y si el pié está embebido de sudor, será bueno desembarazarlo con un lienzo mojado en éter.

La impresión se puede obtener de la misma manera sobre papel blanco. Este procedimiento—dice Stockis—bastante sucio, exige el empleo de un material que no poseen todos los prácticos.

Becker, H. Gross, Bettmann, Bergé, Schümann, W. Fischer, Wönkemöller y Kaplan han propuesto distintos procedimientos, en algunos de los cuales se obtiene la impresión por la reacción entre el soporte y la materia que lleva el pié. Eug. Stockis utiliza desde hace tiempo, para el examen de la bóveda plantar, particularmente con motivo de los accidentes del trabajo, el procedimiento que él mismo preconizó para revelar las impresiones digitales sobre el papel (1). Se espolvorea con un polvo inerte coloreado (grafito, negro de humo, índigo), la lámina de papel: aquél se fija con más intensidad en la parte que tocó el pulpejo digital, pues el sudor lo retiene mecánicamente. La mezcla de licopodio (100 partes) y de rojo Scharlach de Grübler (10), mezcla hecha en el mortero y después de desecación de los ingredientes, da, según Stockis, resultados excelentes para las impresiones de los dedos de la mano y para las impresiones del pié. Para obtener estas últimas se procede de la manera siguiente: se apoya perpendicularmente la planta del pié sobre una hoja de papel blanco liso; cuando ha obrado ya el peso del cuerpo durante un instante, se retira el papel y se espolvorea la impresión latente con la mezcla colorante; la impresión se destaca entonces en rojo vivo, mostrando hasta los detalles de las líneas papilares de la

(1) E. Stockis: Un nouveau procédé pour révéler les empreintes digitales sur le papier. *Ann. Soc. Méd. lég. Belgique*, 1906, pág. 130.

planta del pié y de los dedos, por lo cual se puede concluir que la impresión está bien hecha.

Si el pié estaba muy seco, con humedecerlo un poco ó engrasarlo ligeramente es suficiente. Obtenida la impresión, se conserva barnizándola con una solución bastante flúida de goma arábiga.

Agua destilada	800	gramos.
Goma arábiga	50	—
Alumbre potásico	10	—
Formol al 40 por 100	5	—

Se obtiene así un dibujo durable que puede servir como pieza de convicción.

El procedimiento da resultados superiores á los otros que se utilizan para revelar las impresiones digitales sobre el papel.

Becker (1) recomienda tomar cuatro impresiones del pié en las condiciones siguientes:

a) Estación recta (impresión bastante corta).

b) Marcha al paso ordinario (impresión rápida).

c) Estación recta en supinación, es decir, apoyándose sobre el borde externo del pié.

d) Estación recta en pronación, apoyándose sobre el borde interno del pié.

Cuando se estudia una serie de cuatro impresiones, se observa en el individuo normal que no hay ninguna diferencia en los dos primeros dibujos; el tercero muestra cierto alargamiento de la mitad de la planta, y en el cuarto esta parte no toca el suelo; el pié se apoya únicamente sobre el metatarso y el talón (los dos apoyos importantes del pié). En el pié plano valgus típico, las tres primeras impresiones ofrecen las mismas particularidades que precedentemente; solamente la cuarta muestra que la planta ha tocado el suelo, habiendo desaparecido la bóveda parcial ó totalmente.

IV. Ante el tribunal de Arezzo discutían hace algunos años Viviani, Simi y Minozzi por una parte y el profesor E. Filippi por otra sobre la posibilidad de encontrar fenol en la sangre de los envenenados por esta substancia. Aquéllos fundaron sus opiniones en experimentos realizados en animales: encontraron siempre y sin excepción el fenol en la sangre de perros envenenados con solución fénica, aun cuatro horas después de la inyección rectal. Según E. Filippi (2) «puede existir fenol libre en la sangre solamente cuan-

(1) Becker: *Aerzliche Sachverst Zeitung*, 1908, núm. 1, pág. 10.
(2) E. Filippi: *Arch. di farm. sperimentale*, vol. VI, 1905.

no los animales sobre los que se experimenta sucumben en un tiempo brevísimo después de la ingestión del veneno, ó bien en un tiempo bastante lejano cuando la introducción del veneno ha sido tan copiosa que inunda, imbibe, satura el organismo; pero con dosis mortales ó poco superiores no es posible encontrar fenol libre en la sangre, aunque los poderes defensivos del organismo estén muy disminuidos por causa morbosa».

El profesor Horacio Modica refiere en un trabajo publicado recientemente (Intorno alla presenza ó meno di fenolo nel sangue nei casi di avvelenamento per questa sostanza. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, núm, 147, Milán) un caso de envenenamiento de una niña de cuatro años: recibió, por lavativa, 320 gramos de una solución fénica al 2'91 por 100, es decir, 9'31 gramos de ácido fénico puro; sucumbió á las tres horas y media. En uno de los frascos que en las autopsias se dedican para recoger las vísceras, se colocaron el corazón, los grandes vasos y la sangre en ellos contenida; el análisis reveló un 0'0088 de ácido fénico. Como en la autopsia no se hizo la separación de la sangre, del músculo cardíaco y el origen de los grandes vasos, no se podía establecer si la cantidad de fenol encontrada en el contenido del recipiente se refería á la sangre ó al músculo cardíaco, ó á ambos tejidos, y en este caso las relaciones proporcionales entre uno y otro.

Revisando la literatura no ha podido encontrar el autor casos en los cuales conste la determinación comparativa entre el ácido fénico contenido en la sangre y el ácido fénico contenido en el músculo cardíaco; sólo en un caso de Bischoff, de muerte ocurrida cerca de los quince minutos después de la ingestión de 15 cent. cúb. de ácido fénico oficinal (ácido fénico 100, agua 10) se encontró 0'0367 por 100 en el músculo cardíaco y 0'0233 por 100 en la sangre.

Modica llena esta laguna, con sus experimentos realizados en conejos.

De ellos resulta: 1.°, que apenas se encuentra el ácido fénico en el organismo en cantidad revelable, se extrae antes de la sangre que del músculo cardíaco, prescindiendo del que eventualmente puede encontrarse en la orina; 2.°, cuando se acumula en el organismo en cantidades notables, también el miocardio llega á contenerlo, pero siempre en menores proporciones percentuales respecto á la sangre; 3.°, finalmente, que cuando la muerte tiene lugar después de un tiempo relativamente largo desde la introducción del veneno, puesto que éste tiene tiempo de ser eliminado ó transfor-

mado, disminuyen las cantidadss percentuales ya en la sangre, ya en el corazón.

Refiriéndose el autor al caso que describe en la primera parte de la monografía, le parece inducir que con mucha verosimilitud, casi con certidumbre, la cantidad de ácido fénico encontrada en el «corazón, grandes vasos y sangre» se debe referir, al menos en parte (si no en mayor proporción) á la sangre y en parte al músculo cardíaco.

Pero no siempre se encuentra en un envenenado por el fenol ó por otra substancia el veneno en la sangre; en ciertos estadios del envenenamiento falta por completo; la sangre, en general, respecto á la determinación de los tóxicos, es un elemento infiel, aun cuando la acción de éstos haya sido letal. Por esto el perito no se conformará con buscar el veneno en la sangre, reconocerá también las vísceras, y aun cuando con éstas los resultados fueran negativos, aún hay otras pruebas que dan por sí solas la convicción del envenenamiento.

Los trabajos de Modica sobre la presencia ó no del fenol en la sangre de los envenenados por esta substancia apoyan las ideas de Filippi, al que corresponde el mérito de haber demostrado que, en relación con dadas condiciones del envenenamiento, puede existir fenol en la sangre y en relación con otras no existir; pero también es verdad que Modica no acepta la afirmación con que Filippi termina su trabajo, es decir, que «con dosis mortales ó poco superiores (de fenol) no es posible encontrar fenol en la sangre, aunque los poderes defensivos del organismo estén muy disminuídos por causa morbosa». En el caso descrito por Modica de una niña que murió envenenada por una dosis no muy superior á la mortal (gr. 5'37), el ácido fénico fué revelable en la sangre.

V. Con el nombre de *manzanillo* se conoce en Cuba el jugo lechoso del manzanillero, *Hippomane Mancinella* (Linneo). Scribe, el autor del libro de la ópera *La Africana*, hace morir á Selika envenenada por la sombra del manzanillo; todos los autores que han estudiado esta planta le conceden el triste privilegio de ser la planta más venenosa de las Américas; sus propiedades son conocidas particularmente por las gentes del campo, y por esto es utilizado con alguna frecuencia para fines criminales.

El latex, de las más exaltadas propiedades tóxicas, no pierde estas propiedades nocivas por el calor ni por el tiempo, lo que facilita su administración de una manera disimulada, mezclándolo con los alimentos de la persona á quien se quiere envenenar. Contiene,

según el análisis practicado por Rispal de Madiana, una substancia, que parece jabón, cristales de manzanillina, estearina, sosa, un ácido graso vuelto ácido, una resina, goma, caucho y gas carburo de hidrógeno (?). Experimentos hechos por Orfila, Ricord, Darcet y Olivier han demostrado que un perro, á quien se haga ingerir 6 ú 8 gramos de este jugo, muere en el espacio de cuatro á cinco horas, é inyectado en las venas en dos ó tres minutos.

«La ingestión de 25 gotas de este jugo —escribe el Dr. J. A. Fernández Benítez en un trabajo publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, año XIII, junio de 1908, que motiva esta nota bibliográfica — produce en el perro los síntomas siguientes: entorpecimiento de los miembros, caminar vacilante, cuello y espinazo tetanizados, temblores, movimientos convulsivos de la cara, ojos inmóviles, pupila dilatada, diarrea y muerte.

Los curieles á quienes se administra esta substancia, se entristecen rápidamente, dejando de comer, su pelo se eriza y apenas se mueven del sitio en que se les coloca; su respiración es fatigosa y son atacados de diarreas abundantísimas, muriendo por fin á las pocas horas, que varían según las dosis que se les ha hecho ingerir.

Los efectos de esta substancia en el hombre, según Grissurdy, son bastante parecidos: sensación de ardor en la boca, faringe, esófago, estómago é intestinos, con gusto acre y picante, y excoriación de los labios, vientre hinchado, diarreas y vómitos coleriformes, calambres, vértigos, sudores profusos, frialdad de las extremidades, enfisema de la cabeza y de la cara, disnea, síncope y muerte».

Las autopsias practicadas en el hombre muerto por envenenamiento con el manzanillo, acusan las lesiones de una gastroenteritis aguda.

Describe el Dr. Fernández Benítez las lesiones encontradas en las autopsias de varios curieles á los que había administrado dosis variables de jugo de manzanillo, que oscilaban entre cinco y quince gotas; refiere después dos casos de envenenamiento por el manzanillo acaecidos en la República Cubana.

El latex es soluble en el alcohol; «las soluciones acuosas no acusan con los reactivos generales de los alcaloides (Tanret, Bouchardat y Dragendorff) precipitados ni enturbiamiento alguuo. En cambio, estas mismas soluciones adicionadas de ácido clorhídrico y hervidas reducen en frío y en caliente al licor de Fheling, y decoloran á una solución de safranina al 1 por 100, á la que previamente se habrá alcalinizado con una solución acuosa débil de sosa cáustica.

El ácido sulfúrico concentrado produce en el jugo, previamente seco al baño maría, una coloración obscura que se transforma rápidamente en rojo de caoba, si se agregan unas gotas de ácido nítrico, pasando, por último, al anaranjado transcurridas algunas horas.

El ácido nítrico concentrado produce rápidamente con el jugo, previamente desecado, una coloración amarilla de azufre, que pasa al verde esmeralda, y por último, transcurridas algunas al amarillo canario.

El reactivo Millon, empleado en la misma forma que los anteriormente citados, produce á los pocos momentos una coloración rosa que pasa al rojo vivo».

Para la investigación toxicológica, si la intoxicación ha sido aguda, recomienda el autor el siguiente procedimiento:

Parte del contenido estomacal ó en su defecto del estómago é intestinos, reducidos á pedazos pequeños, se colocan en un vaso con cantidad suficiente de alcohol absoluto y abandonan en maceración una hora, agitando á intervalos. Filtrado el líquido se evapora al baño maría en cápsula de porcelana y á baja temperatura, hasta la cuarta parte de su volumen. Después de frío se vierte el líquido en un embudo de separación de capacidad apropiada, con dos veces su volumen de agua destilada ligeramente acidulada con sulfúrico. Si el alcohol disolvió el manzanillo que contenían las vísceras, al agregar el agua sulfúrica se produce un precipitado abundante de color blanco. Se coloca líquido y precipitado en cápsula de porcelana, al baño maría, á un calor suave con el objeto de eliminar el resto de alcohol; decantamos después una parte del agua, en la que podremos investigar con los reactivos generales la presencia de alguna otra substancia alcaloidea que contengan las vísceras. Convencidos de su ausencia, se coloca todo nuevamente en un embudo de separación y se trata por el cloroformo y después por el éter sulfúrico para privar al precipitado de alguna cantidad de grasa procedente de los tejidos ó alimentos sometidos al macerado en el alcohol. Separado el éter, concentrado el líquido primitivo, se disuelve después en alcohol absoluto. Evaporado el líquido hidro-alcohólico en varias cápsulas de porcelana, se obtienen los resíduos, en los cuales se podrán observar las reacciones consignadas.

Finalmente, falta consignar que, según los trabajos del Dr. Alonso Betancourt, el alcohol es el mejor contraveneno del manzanillo.

VI. Durante una travesía por mar, un marinero fué encontrado

muerto en su camarote. La autopsia no reveló nada que fuera susceptible de ilustrar sobre la causa de la muerte. Los testigos, que penetraron en el camarote del difunto inmediatamente después de acontecida la muerte, pretendieron que debía atribuirse ésta á emanaciones tóxicas de un cargamento de trigo averiado. Estas emanaciones estaban constituídas en su mayor parte por gas carbónico; experimentos hechos con ratones blancos suministraron la prueba (Ziemke: *Aerz. sachverst. Zeitung*, núm. 20 de 1907; *Revue de Médecine légale*, abril 1908).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

La peste en el siglo XX. Cartas loímicas, por Victoriano y L. Comenge. Barcelona, 1908.

Es difícil cumplir, sin riesgos de diversa índole y saliendo airoso en toda línea, la misión confiada al Dr. Comenge por el Gobierno, con motivo de la presencia de casos de peste en las islas Canarias; pero la personalidad del Dr. Comenge era una garantía para el éxito de dicha misión, que ha satisfecho como él sabe hacerlo, teniendo por base su ciencia reconocida y sus excelentes condiciones personales. El premio á su labor bien reconocido fué por el Gobierno, y sobre todo por los isleños de Canarias, que le tuvieron y despidieron con todos los honores que se pueden dispensar á los grandes hombres que realizan un acto humanitario con el tacto y resultados que él supo hacerlo.

Con motivo de esta delegación oficial, ha publicado un interesantísimo folleto que, como todo lo que él escribe, revela atracción por la forma y por la ciencia que contiene en cuanto se relaciona con la epidemia que allí fué á diagnosticar y combatir.

No debemos descender á detalles de este trabajo, pues su conjunto nos obliga á aplaudir cuanto en él se consigna y felicitar á su autor, recomendando á la clase médica se inspire en publicaciones de esta índole, que son reflejo de gran cultura y buena exposición, como todo lo que sale de la pluma del ilustrado Dr. Comenge.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Notas sobre algunos medicamentos muy usados en terapéutica oftalmológica por el médico no especialista. — El Dr. D. F. Bordás publica el siguiente artículo en el *Boletín del Colegio de Médicos de Gerona:*

«El sulfato de cobre, el nitrato de plata, la solución de subacetato de plomo (agua blanca) y la atropina, son los cuatro puntos cardinales de la terapéutica oftalmológica del médico general. Su empleo desacertado acarrea desagradables consecuencias. Es por esto que no conviene abusar de estos medicamentos, que debe emplearlos únicamente el que conozca de un modo detallado, no sólo sus efectos y manera de aplicarlos, si que también la enfermedad que motiva sus indicaciones.

Los medicamentos *astringentes* disminuyen el calibre de los vasos. Los *cáusticos* forman una escara y una ligera mortificación de los tejidos.

Es astringente la solución de subacetato de plomo (agua blanca).

El nitrato de plata y el sulfato de cobre son cáusticos ligeros.

Astringentes		Sulfato de zinc. Adrenalina. Alumnol. Borato sódico. Cuprol. Subacetato de plomo, etc.
Cáusticos de acción	*ligera*	Sulfato de cobre. Nitrato de plata.
	enérgica ó fuerte	Galvanocauterio. Termocauterio.

Ni el sulfato de cobre ni de su compañero, el nitrato de plata, he de mencionar sus caracteres; todo el mundo los conoce, aun los profanos en medicina. El primero se usa, por todos ó casi todos los médicos, bajo la forma de solución acuosa y en cristales, que se encuentran muy lisos y no menos bien presentados en todas las farmacias y en algunas droguerías *adelantadas* (valga la palabra).

Del nitrato, la clásica solución del 1 por 100 y los no menos populares lápices ó cilindros mitigados ó sin mitigar, que también se despachan á porrillo en todas partes.

La solución de subacetato de plomo, muy popular, tiene también sus inconvenientes, como veremos después.

¿Cuándo y de qué manera emplea el médico general los mencionados agentes terapéuticos?

¿Cuándo?.... Siempre que el ojo está hiperhemiado; que presenta secreción (legaña); en las granulaciones, catarros, traumatismos, etc., etc.

¿De qué manera?.... Al enfermo se le prescribe la solución. El médico se reserva el derecho de practicar los toques con los lápices ó barritas.

En el ojo sano, la esclerótica presenta un color blanco azulado con algunos vasos poco marcados; la mucosa de los párpados (conjuntiva) es lisa, sonrosada y vénse en ella las glándulas de Meibomio. Las pestañas están libres, no aglutinadas por secreción purulenta, y el borde del párpado en donde asientan, no difiere de la coloración normal de la piel vecina.

¿Qué enfermedades son las que hiperhemian el globo ocular hasta volverlo rojo como una cereza, aumentan la coloración de la conjuntiva que pierde su lisura y segrega un líquido purulento que aglutina las pestañas en forma de pincelitos é irrita el borde libre de los párpados?

Larga es la lista que es preciso transcribir. Héla aquí en forma de cuadro sinóptico:

Enfermedades de los párpados	*Piel y borde libre*..	Blefaritis, orzuelo. Chalación, triquiasis, etc.
	Conjuntiva...	Conjuntivitis catarral aguda y crónica; ídem folicular, granulosa, purulenta, blenorrágica, flictenular; traumatismos, cuerpos extraños, etc.
—	*de la córnea*.....	Ulceras: inflamatoria, serpiginosa, abscesos; queratitis flictenular, traumática; cuerpos extraños, quemaduras, etc., etc.
—	*de la esclerótica*.....	Episcleritis, escleritis. Lesiones violentas, etc.
—	*del iris y región ciliar*.....	Iritis. Irido-ciclitis, etc.
—	*de las vías lagrimales*.....	Dacriocistitis aguda — crónica, etc.

El glaucoma, panoftalmía, abscesos retrobulbar, etc., etc.

¡Cuántas indicaciones no hay que cumplir en todas ellas poniendo en práctica una terapéutica tan variada como precisa!

Pues bien, el sulfato cúprico, el nitrato argéntico y el agua blanca, aplicados sin un profundo conocimiento de la enfermedad que hace necesario su empleo, son altamente perjudiciales y rara vez encuentra el médico, usándolos, franca mejoría. Con ellos se eternizan las conjuntivitis (catarro, granulaciones, etc.), se agravan las queratitis (úlceras, abscesos, flictenas, etc.), y viendo el enfermo que nada adelanta, se cansa y abandona todo tratamiento, quedando con ello desacreditado el médico. Entonces no es raro que se presente la curación, sin poner en práctica remedio alguno ó tan sólo los inocentes lavados con agua *boricada*, que saben los enfermos ir á buscar á la botica sin receta ni consejo de médico.

El *agua blanca*, de la que tanto se abusa, tiene una propiedad que presentan también en mayor ó menor grado los colirios metálicos (sulfato de zinc, de cadmio, etc.). Cuando existe en la córnea una pérdida de substancia (úlcera), se deposita y se incrusta en ella la sal metálica de la solución, formando una mancha blanca, opaca y persistente que puede dificultar la agudeza visual, si está en el centro de la pupila.

Despréndese de ello una consecuencia práctica: *en todos los casos de úlceras de la córnea* (traumatismos, cuerpos extraños, quemaduras), *está contraindicado el empleo de colirios metálicos.*

Cauterización con el nitrato de plata. —¿Qué sucede cuando tocamos la conjuntiva palpebral con un preparado de dicha substancia?

La acción es diferente, según se trate de la solución débil (2 ó 4 por 100), ó de cilindro ó lapiz.

a) *Solución al* 1, 2 *ó* 4 *por* 100: En el fondo de saco conjuntival existe substancia orgánica, que resulta de la destrucción de las células (principios inmediatos, entre ellos, la mucina) y cloruro sódico de las lágrimas. Al ponerse en contacto con el nitrato, se coagulan los principios inmediatos y el cloruro sódico neutraliza parte de dicha sal, formándose cloruro de plata inerte... Resulta de todo ello que buena parte del nitrato queda neutralizado antes de tocar la mucosa y aun la pequeña cantidad que logra ponerse en contacto con ella es igualmente neutralizada por el cloruro sódico y la albúmina de los tejidos, siendo la capa más superficial de la mucosa la única interesada. La porción de conjuntiva cauterizada se cubre de una fina película semitransparente, en cuyo alrededor se establece viva hiperhemia.

Siente entonces el enfermo sensación de cuerpos extraños, debido á que la mucosa se arruga, cesando las molestias cuando se desprende la escara que arrastra la mucosa y los agentes tóxicos que en ella se encontraban, produciendo el efecto de un lavado. Más tarde vuelve á regenerarse la fina película de conjuntiva desprendida y se establece la normalidad, sin quedar señal alguna.

b) Cuando las cauterizaciones se practican con el lapiz mitigado, los efectos son análogos, aunque algo más marcados.

Los *cilindros ó barritas* puros, producen una escara profunda, muchos dolores, y al desprenderse aquélla, queda una extensa úlcera, roja, muy dolorosa y que sangra con facilidad, ocasionando, si se descuida la limpieza, consecuencias desagradables.

El nitrato de plata ofrece, pues, un inconveniente, cual es el de su impenetrabilidad en la mucosa.

Se ha procurado remediarlo, juntando la plata á substancias orgánicas, lográndose con ello que no precipite con los albuminoides ni con el cloruro sódico, y por lo tanto, que no se forme la escara que impide la acción del medicamento en las capas más profundas.

Tenemos compuestos de plata que penetran en los intersticios de la mucosa sin causar molestias al enfermo y sin producir consecuencias desagradables aun abusando de ellos. Los más usados son el *protargol* (proteinato de Ag.); el *argirol* (vitelinato de Ag.) y el *collargol* (plata coloidal). Este último usado en medicina general en fricción; en algunas enfermedades infecciosas ha producido excelentes resultados.

Después de usar durante mucho tiempo el nitrato de plata, la conjuntiva palpebral se torna obscura á consecuencia de las partículas metálicas que quedan entre la mucosa (*argirosis*). Parece que con los compuestos orgánicos esto no tiene lugar, lo cual no deja de ser una ventaja digna de ser tenida en cuenta.

Conviene, pues, que el médico general abandone el uso del nitrato de plata en casos de afecciones oculares, sustituyéndolo por los preparados orgánicos, que no presentan ningún peligro, y cuyos efectos son notables.

En muchos Hospitales y Casas de Maternidad (la de Madrid, etc., etc.), usan exclusivamente el *argirol* (10 ó 20 por 100) en la profilaxia de la oftalmía del recién nacido.

El *sulfato de cobre* (la pedra ó aygua blava del vulgo), es el único agente usado por los curanderos para tratar la *granulación* (conjuntivitis granulosa), resistentes á veces á todo tratamiento, aun siendo éste muy enérgico y no menos bien dirigido.

Las funestas consecuencias que acarrea el abuso de esta substancia en manos de gente ignorante y aun en la de muchos médicos, las vemos todos los días los que nos dedicamos á la especialidad.

Yo, que me encuentro ahora en la provincia de Valencia, en donde son tan abundantes las granulaciones, como los curanderos que ofrecen su curación radical (?), he tenido ocasión de observar multitud de desgraciados, ciegos ó candidatos á la ceguera, á consecuencia de la *cupromanía curanderil* (permítaseme la palabreja).

Granulosos he visto, en los cuales el único tratamiento seguido durante meses y aun años ha sido el toque cotidiano con la *pedreta blava*, que si no ha producido el menor alivio, ha ocasionado, en cambio, el estrechamiento de la abertura palpebral (blefarofimosis), la incurvación del párpado hacia el globo ocular (entropión), y por ello el roce de las pestañas en la córnea (triquiasis), con todas sus consecuencias, que por ser muchas, no puedo citar.

El sulfato de cobre, usado tan sólo en ciertas ocasiones (granulaciones en el período crónico), y por oculistas muy experimentados, no tiene peligro alguno y produce excelentes efectos.

Por lo demás, el médico general *hará bien en abandonar de su repertorio semejante medicamento.*

Y..... vamos á la *atropina*, cuyos efectos en el ojo son los siguientes: 1.°, *dilata la pupila;* 2.°, *calma la sensibilidad de la córnea;* 3.°, *anemia el iris* (es, pues, un isquemante ó descongestionante del mismo); 4.°, *aumenta la tensión del ojo*, y 5.°, *paraliza la acomodación* por su acción especial sobre el músculo de Müller (de la acomodación).

Creo conveniente no mentar sus indicaciones y contraindicaciones, porque desconociendo la mayoría de los que esto han de leer el tecnicismo oftalmológico, no reportaría consecuencia práctica alguna.

Conviene saber tan sólo *que en los niños ha de irse con mucho cuidado por el peligro de una intoxicación, y que usada durante mucho tiempo produce una conjuntivitis catarral* (atropínica), *con eczema y edema de los párpados.*

La acción de este agente dura de una á dos semanas.

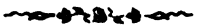
Es, pues, un medicamento también peligroso y que no hay que prodigarlo sin conocer á fondo la afección ocular que motiva su empleo.

De lo dicho se deduce que en terapéutica ocular hay medicamentos que no debe usar el médico general por ser peligrosos y otros que pueden servirle sin exponer al paciente á contingencias, si no funestas á veces, muy desagradables.

Hagamos, pues, para terminar, un cuadro sinóptico de ellos:

Medicamentos que no debe usar.	Nitrato de plata. Sulfato de cobre. Subacetato de plomo. Sublimado corrosivo. Acido fénico. Sulfato de zinc, entre los más corrientes.
— *que puede emplear.*	Argirol (0'50 × 5 agua dest.). Protargol (íd.). Solución de cianuro mercurio (0'20 por 2 cloruro sódico y 300 agua). Solución bórica, agua hervida, suero fisiológico. Cloruro cocaína (2 %). Solución de adrenalina al milésimo. Xeroformo y yodoformo en polvo y en pomada (0'50 × 5 vaselina americana) fomentos calientes de alcohol (20 g.), glicerina (20 g.) y ácido bórico (20 g.) con 500 g. de agua.

Con esta terapéutica sencilla, eficaz y nada peligrosa, tiene bastante el médico para cumplir indicaciones de momento, ya que una cura larga y bien conducida sólo puede ponerla en práctica el especialista». —SARABIA.



REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Octubre de 1908 (1).

Tratamiento de los derrames pleuríticos recidivantes.—El Dr. *Netter* leyó un informe acerca de un trabajo del Dr. Vaquez sobre este asunto. El método de las inyecciones gaseosas es simple, inofensivo y está indicado en las pleuresías serofibrinosas recidivantes, en la pleuresía purulenta tuberculosa, en los derrames hemorrágicos dependientes del cáncer pleuropulmonar. Pueden emplearse con ventaja desde la primera punción de una pleuresía aguda, cuando ésta complica una tuberculosis pulmonar ó es importantísima desde el principio.

El Dr. *Lancereaux* dijo que hace cuatro años necesitó practicar á una mujer cinco punciones por pleuresía recidivante: á la quinta hubo penetración accidental de aire en la cavidad pleurítica, y la enferma curó.

Las falsas enfermedades del corazón y las cardiopatías funcionales, sobre todo desde el punto de vista del servicio militar.—El Dr. *Huchard* dijo que no hay enfermedades falsas del corazón, sino falsos diagnósticos, tanto más

(1) Primera del curso actual.

frecuentes cuanto que muchos sujetos tienen una verdadera cardiofobia cuando observan algún síntoma funcional cardíaco: cardialgia, palpitaciones, etc. Las palpitaciones son generalmente de orden tóxico ó reflejo. La supuesta hipertrofia del crecimiento no existe, y los trastornos que se la atribuyen no son debidos al crecimiento; se trata casi siempre de trastornos cardíacos consecutivos al desarrollo insuficiente del tórax, debido casi siempre á vegetaciones adenoideas. Es necesario también desconfiar de las intermitencias, verdaderas ó falsas, que muchas veces no dependen de una cardiopatía. Pero los errores de diagnóstico más comunes son debidos á los soplos extracardíacos, á los cardiopulmonares. En el reclutamiento para el ejército son muy comunes estos errores, á causa de la ligereza con que se hacen los reconocimientos, y convendría que los casos dudosos fueran reconocidos de nuevo cada tres años hasta los cuarenta y cinco.

Nuevo método de anestesia general por inyecciones intrarraquidianas. — El Dr. *T. Jonnesco* insistió sobre el hecho de que la raquianestesia es regional y en que debe obtenerse por inyecciones raquidianas practicadas al nivel de la región donde se va á operar. En 14 casos de raquianestesia media cervical y dorsal superior, sólo en uno, en el que se empleó la estovaína pura, hubo trastornos respiratorios graves. En dos la combinación de la atropina y la estovaína produjo resultados satisfactorios, á pesar de algunos trastornos de la respiración. La combinación con la estricnina produce resultados notables, y con dosis relativamente mínimas de estovaína y de estricnina ha obtenido anestesias perfectas y durables sin incidente alguno alarmante.

Nuevas investigaciones sobre la seroterapia de las nefritis. — El Dr. J. Teissier: La seroterapia aplicada á las nefritis fué empleada primeramente, en 1896, por Turbure (de Bucarest), quien utilizó con este objeto el suero de perro. He empleado varias veces este método utilizando el suero de cabra, estéril y preparado hace algunas semanas, y que debe extraerse con grandes precauciones por aspiración de la vena renal, ligada en su desembocadura.

He usado siete veces estas inyecciones en nefritis agudas ó crónicas, en enfermos de distinta edad, pero todos en inminencia de uremia. En todos ellos he observado la desaparición de la disnea y de la cefalea urémica, la mejoría del estado general, y á veces la desaparición completa de la albuminuria; en tres casos, la curación, al menos momentánea, fué muy rápida.

En estos diferentes casos bastaron tres á cinco inyecciones de 15 á 20 centímetros cúbicos de suero renal, practicadas debajo de la piel del abdomen, para obtener dicho resultado. Estas inyecciones producen casi siempre disminución grandísima de la albuminuria, eliminación considerable de urea y descenso notabilísimo de la toxicidad urinaria.

Respecto á las propiedades biológicas del suero de la vena renal de la cabra, podemos decir que su toxicidad es muy pequeña, de 50 á 60 centímetros cúbicos por kilogramo de materia viviente (L. Thévenot); su punto crioscópico Δ es casi idéntico al del suero sanguíneo arterial, ó sea 0'59 (Chanoz); en cambio, su propiedad hemolítica es dos veces menor que la de la sangre arterial. Su proporción de calcio y de sodio de cloruro es casi

ignal á la de ésta, ó sea 0'08 por 100 para el calcio y 5'35 para el cloruro de sodio; la proporción de albúmina es algo superior en el suero venoso, 78 por 100 contra 76'3 por 100. Finalmente, el suero de la vena renal no contiene fermento capaz de influir sobre la glucosa.

El suero, según he indicado ya, debe ser recogido por aspiración con todas las precauciones antisépticas necesarias, de la vena renal de la cabra previamente dormida y laparotomizada y *después de ligada esta vena en su desembocadura en la cava posterior*. El recipiente se deja en una habitación fresca, y á las cincuenta ó sesenta horas la separación del coágulo y del suero es completa; se le decanta entonces en un frasco de Wolf de tres tubuluras y se llenan frasquitos de 15 á 20 cent. cúb. de capacidad, que se cierran cuidadosamente con parafina hirviendo, después de haberse asegurado por cultivo que el suero es aséptico. El suero recogido así es ligeramente sonrosado y límpido, pero en algunos casos es algo opalescente. La cantidad obtenida de una vez varía de 120 á 350 gramos. Es preferible no emplear suero fresco, puesto que sus propiedades biológicas no se modifican al envejecer.

Respecto á su modo de acción, sólo pueden indicarse hipótesis más ó menos plausibles. No creo que esta acción sea sencilla y resulte de la introducción, en el torrente circulatorio del enfermo, de los principios que faltan en la sangre, de la secreción interna del riñón, en otras palabras, de una simple acción compensadora; los efectos obtenidos por la seroterapia son indudablemente más completos.

Es posible, ante todo, que el suero ejerza un efecto estimulante sobre la función de los epitelios ó sobre la actividad de los glomérulos y despierte así relativamente la diuresis. Creo también que debe ejercer una acción neutralizante sobre las citotoxinas ó las nefrotoxinas segregadas por los epitelios en vías de desorganización, elementos cuyos efectos temibles han demostrado Maragliano y sus discípulos Ascori y Figari, en Italia, Castaigne, en Francia. Este efecto es debido probablemente á la ligera propiedad hemolítica del suero inyectado, el cual, al disminuir la anemia por destrucción globular, favorece por necesidad las oxidaciones.

Admito también una *acción antitóxica indirecta* del suero, el cual, á juzgar por los resultados de los experimentos que he hecho con Pigache primero y con Morel y Duclaux después, es cápaz, al introducir en el organismo albúminas normales, de separar de las combinaciones cloradas las toxalbúminas retenidas en los tejidos y de favorecer así su eliminación por los emunctorios naturales, ó su destrucción por los órganos de defensa, en particular por el hígado.

Creo, sobre todo, que el efecto favorable de la seroterapia tal como se emplea hoy, es debido, sobre todo, á que despierta la acción defensiva del hígado. Esta creencia la fundo en el aumento de azouria que sigue á la inyección de suero, aunque no se modifique en lo más mínimo la secreción urinaria; porque es un hecho digno de llamar la atención ver que las otras substancias disueltas no varían, y sin embargo, la azouria responde á la disminución paralela de las propiedades tóxicas de la orina. Este fenómeno parece difícil de atribuir á la hiperactividad de las propiedades secretorias del aparato glomérulo-tubular, que debería, en lógica, aumentar

la eliminación de las substancias tóxicas. La disminución de las propiedades tóxicas observadas, relacionada con un aumento de la propiedad defensora del hígado, concuerda perfectamente con nuestra hipótesis.

Las indicaciones de la seroterapia se imponen y deducen de los hechos expuestos. Método inofensivo puede emplearse en todos los casos de nefritis aguda ó crónica, que van acompañados de síntomas de auto-intoxicación. Tiene más probabilidades de éxito cuando los accidentes autotóxicos dependen de trastornos pasajeros debidos á un ataque de nefritis aguda, á la congestión ó inhibición funcional de las partes del parénquima que han quedado sanas en un órgano alterado ya previamente y de un modo crónico. Pero es indudable que las lesiones generalizadas é irremediables no pueden ser modificadas por el tratamiento.—F. Toledo.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

X sesión celebrada en Ginebra del 3 al 5 de Septiembre de 1908.

(Continuación).

Tratamiento de la litiasis biliar. — Los Dres. A. Gilbert, P. Carnot y J. Jomier: El tratamiento de la litiasis biliar tiene por objeto evitar la formación de los cálculos ó atacar la enfermedad una vez constituídos éstos.

A. Tratamiento preventivo de la litiasis biliar.—No es posible pensar en prevenir la litiasis biliar, si se ignoran sus causas. Las investigaciones experimentales prueban que la infección atenuada de la vesícula, de una parte, y la estancación de la bilis relativa de otra, son los dos factores principales que se conocen y que producen la litiasis biliar experimental.

Creemos que la mayor parte de los casos de litiasis humana reconoce, como en el animal, un origen infeccioso. Si comparamos, en efecto, la enfermedad calculosa en el hombre y en el animal, sorprende la existencia de muchos puntos comunes á una y otra. Los cálculos de procedencia animal, de formación espontánea ó provocada, tienen los mismos caracteres físicos que los cálculos humanos y las especies bactéricas que se encuentran en su centro son idénticas. Creemos, por lo tanto, lógico en estas condiciones aplicar á la litiasis humana los datos que suministra la experimentación en los animales.

En estos años últimos, los Dres. Gilbert y Lereboullet han atribuído á la *colemia simple familiar* el papel de terreno favorable para el desarrollo de la litiasis biliar, á las otras enfermedades de la *familia* biliar y á las enfermedades propias del hígado.

Dos elementos primordiales caracterizan la colemia simple familiar: su transmisión hereditaria, que hace una enfermedad de familia, casi siempre congénita, ó al menos que se manifiesta desde los primeros tiempos de la vida; un estado especial de la sangre, la colemia. Esta, aunque inferior á la de la ictericia clorúrica, es superior á la colemia fisiológica; es muy análoga á la de ciertas ictericias aclorúricas, pasajeras ó adquiridas, y corres-

ponde á una proporción media de bilirrubina en el suero, igual á 1 gramo por 17 litros; cuando han existido crisis litiásicas, esta proporción se eleva á 1 gramo por 15 litros.

Esta colemia produce diversos síntomas, algunos de los cuales pueden ser considerados como verdaderos estigmas y son susceptibles de sobrevivir á la desaparición de la colemia; son múltiples y debidos á la eliminación de los pigmentos biliares por la piel ó por la orina.

En los litiásicos en particular, se observa con frecuencia la antigüedad del tinte amarillo, preexistente á toda litiasis, que presenta los caracteres de una ictericia ligera, frustrada, parecida al color del oriental, y que hace creer en una anemia. Hasta creo que es común observar, añadidos ó no á este tinte amarillo, pigmentaciones, nævi pigmentarios y sobre todo manchas hepáticas, ó bien ojeras pigmentarias. Otro síntoma observado con frecuencia es el xantelasma, y sobre todo el xantelasma plano de los párpados.

De estos enfermos, uno se queja de prurito y de urticaria; en un segundo dominan las modificaciones de carácter, la tendencia á las ideas tristes, á la neurastenia y á la hipocondría; un tercero padece jaquecas, tiene flujos biliosos, gástricos ó intestinales; otro se queja de hemorragias múltiples que simulan á veces la hemofilia. A veces se observan en el mismo enfermo varios de estos síntomas.

Estos individuos son casi siempre dispépticos y presentan esbozados ó plenamente desarrollados los signos de la dispepsia hiperpéptica, con sus dolores, que su reproducción rítmica permite de ordinario distinguirles fácilmente de los dolores irregulares del cólico hepático. Con mucha frecuencia también presentan síntomas de enteritis mucomembranosa. Si se palpa la fosa ilíaca derecha ó se averigua el pasado de estos enfermos, se descubre la existencia frecuente de apendicitis más ó menos marcada.

Las hemorroides son frecuentes, sobre todo en los litiásicos; estas hemorroides pueden ir asociadas ó ser sustituídas por hematemesis que, unidas con los dolores gástricos, crean el síndrome de la pseudo-úlcera estomacal. Terreno propicio á las autoinfecciones, la colemia infantil favorece la autoinfección vesicular litógena. Las diversas enfermedades que hemos citado favorecen el desarrollo de la litiasis biliar por las condiciones infecciosas especiales que realizan.

¿Qué podemos hacer contra la infección normal de la vesícula, contra su infección patológica? Los antisépticos biliares ejercen una acción muy limitada. Se procurará, ante todo, modificar la predisposición por un régimen, sobre todo lacto-vegetariano, por la hidroterapia en todas sus formas, etc.

Para combatir la estancación de la bilis, se suprimirán todas las causas de compresión, sustituyendo el corsé por una faja abdominal. Podrán administrarse también algunos colagogos para acelerar el derrame de la bilis y los alcalinos para hacerla más flúida; pero no debe esperarse de estos medicamentos efecto preventivo alguno. Si se añade que su uso puede irritar las vías digestivas, se comprenderá que sus ventajas problemáticas no compensan los inconvenientes. En el tratamiento de la litiasis constituída se obtienen resultados más efectivos.

B. Tratamiento de la litiasis biliar constituída.—*Tratamiento del cólico hepático en sus dos formas.*—En el estado actual de la ciencia es ilusorio esperar la disolución de los cálculos biliares. ¿Puede intentarse su evacuación en el intestino? Los enfermos que curan de sus crisis de cólico hepático por desaparición completa de las concreciones son contadísimos. Son, en cambio, muy numerosos los que curan de sus crisis dolorosas y que conservan parte de sus cálculos ó todos ellos. Haya ó no en estos casos esclerosis de la vejiga, esté el conducto cístico estrechado, obliterado por el proceso inflamatorio, ó quede, por el contrario, permeable, lo que debe procurarse obtener es la *tolerancia de la vesícula* que existe en el intervalo de las crisis y á veces desde el principio de la enfermedad y durante toda ella, ya que la evacuación de los cálculos no es posible siempre.

La terapéutica del cólico hepático tiene por objeto la evacuación de los cálculos unas veces y otras la tolerancia vesicular.

¿Cómo puede elegir el médico en esta alternativa entre las dos vías de dirección opuesta que se le presentan? ¿Se limitará á tanteos ciegos ó encontrará en la observación de su enfermo elementos de apreciación que podrán servirle de guía?

Es preciso, desde este punto de vista, separar el cólico hepático ordinario del vesicular.

El síndrome del *cólico hepático ordinario* es engendrado por los cálculos pequeños y la arenilla biliar, que forman una masa demasiado poco voluminosa para caminar por las vías biliares; las concreciones en este caso son eliminadas casi siempre y el síndrome doloroso no se reproduce hasta que un nuevo cálculo se encaja en las vías biliares y progresa por ellas.

El *cólico vesicular* es producido en cambio de ordinario por los cálculos medianos y gruesos, sobre todo si son únicos ó poco numerosos; éstos tienden, durante la crisis dolorosa, á encajarse en el cuello de la vesícula y en el conducto cístico; pero á causa de la desproporción de su diámetro y del calibre de las vías biliares, no pueden conseguirlo ó no consiguen avanzar más por ellas. En estas condiciones se comprende la facilidad con que se reproducen las crisis.

En la mayor parte de los casos de síndrome del *cólico hepático ordinario*, se está autorizado para provocar ó favorecer la emigración de los cálculos. Se empleará con este objeto la medicación colagoga; podrán emplearse ciertas substancias, como el salicilato ó el benzoato de sosa (Chauffard), dotada también de propiedades antisépticas; se prescribirán enemas abundantes fríos que, según algunos autores, hacen contraer los conductos biliares; finalmente, se usarán las aguas minerales, con las que muchas veces se consigue expulsar los cálculos.

En el *cólico vesicular*, como las crisis provocadas terapéuticamente son tan ineficaces como las espontáneas para expulsar los cálculos muy voluminosos, lo mejor es no recurrir á la medicación evacuante, ó al menos no insistir en ella, sino procurar obtener la tolerancia de la vesícula.

Con este objeto se recomendarán el reposo absoluto en el lecho y el régimen exclusivo de la leche descremada en cantidades pequeñas, pero administradas con frecuencia. Sabemos que en estado normal, la secreción de la bilis es continua, pero que su derrame es intermitente, que la vesícula

biliar se llena en el intervalo de las comidas y se vacía en un período determinado de la digestión. Hay motivos para creer que bajo la influencia de la alimentación continua, las funciones de la vesícula se modifican, y que el derrame de la bilis se hace continuo como la digestión.

Esta hipótesis es tanto más plausible, cuanto que en los herbívoros, que se alimentan constantemente, la vesícula está casi siempre vacía. Fácil es comprender el efecto benéfico que debe ejercer sobre la producción de las crisis vesiculares un régimen gracias al cual cesan las alternativas de replección y vacuidad de la vesícula biliar, lo que conduce á su inmovilidad; de este modo los cálculos permanecen inmóviles y hay mayores probabilidades de que curen la inflamación y la irritabilidad vesicular. El reposo en el lecho concurre á producir el mismo efecto esencial que el régimen, á saber: la inmovilidad de la vesícula.

Se prescribirán también los tópicos calientes húmedos emolientes sobre la región vesicular, y los baños generales calientes y prolongados.

Los colagogos, igual que los purgantes, se evitarán en lo posible; son preferibles los supositorios y los enemas.

Las curas hidrominerales, siempre que se empleen de buena manera, son capaces de producir una sedación notable.

Por lo tanto, los esfuerzos del terapeuta, respecto á la curación de las crisis de cólico hepático, deben ser dirigidos en distinto sentido, según se trate de una ó de otra de las formas de este síndrome doloroso.

Durante los paroxismos, debe procurarse ante todo, en ambos casos, en combatir el dolor por los medios habituales.

Terminada la crisis, se someterá el enfermo á la dieta láctea durante algún tiempo más, á causa del trastorno funcional que imprime al hígado el cólico hepático más ligero (Gilbert y Castaigne).

Tratamiento de la cistalgia.— La cistalgia es debida, al parecer, á la irritabilidad de las paredes, con las que las concreciones biliares se ponen en contacto y cede de ordinario con los mismos medios que, en el cólico vesicular, permiten obtener la tolerancia de los cálculos.

Tratamiento de los accidentes de la emigración,—La detención del cálculo en el conducto cístico, con colecistitis, reclama el mismo tratamiento que el cólico vesicular. Si la detención se prolonga y la colecistitis persiste, puede pensarse en el tratamiento quirúrgico ó emplear la expectación.

La detención del cálculo en el conducto colédoco, se manifiesta de ordinario después de varios ataques de cólicos hepáticos, por ictericia crónica ligera, cuya intensidad varía de un día á otro, por prurito á veces excesivo, por deposiciones blancas unas veces y otras de coloración normal, por fiebre frecuente, por tumefacción dolorosa del hígado, vesícula biliar, imperceptibles á la palpación, aumento ligero de volumen del bazo, dolor en el punto de Desjàrdins ó en la zona pancreaticocolédoca de Chauffard.

En esta complicación puede emplearse primero el tratamiento médico, y si fracasa, se recurre al quirúrgico.

El mejor tratamiento médico de la obstrucción calculosa del colédoco, consiste en el empleo de los colagogos. Puede emplearse cualquiera de ellos, pero el preferible es el aceite de olivas. En la obstrucción calculosa del intestino están indicados los medios evacuantes ordinarios.

Tratamiento de las complicaciones sépticas de la litiasis biliar. — Merece mención especial la angiocolitis, que transforma la gravedad de la enfermedad y la hace tan rebelde al tratamiento que termina muchas veces en un estado de verdadera tisis (Gilbert). Puede recurrirse á los antiflogísticos locales y á los revulsivos, á la acción combinada de los colagogos y de los antisépticos biliares: salicilato de sosa asociado al benzonaftol (Chauffard), calomelanos, colargol, etc.

En el anciano y en las formas graves no puede esperarse obtener con estos medios la curación. En cambio, en las personas robustas y en las formas atenuadas, casi apiréticas, de marcha lenta, es posible curar á los enfermos. El tratamiento hidromineral complementario produce resultados excelentes.

Momento de la intervención quirúrgica en la litiasis biliar.—El Dr. C. Mongour: En la evolución de la litiasis biliar deben considerarse dos etapas: la *fase vesicular* y la *canalicular*. La primera prepara la segunda las más de las veces, pero existen también hechos innegables de *litiasis canalicular primitiva*; las formaciones calculosas pueden aparecer en todo el trayecto de las vías biliares. Todo es posible en clínica. Pero debe reconocerse que el segmento vesicular y el canalicular presentan de ordinario tal independencia, que se impone una disociación clínica y terapéutica.

El diagnóstico de la litiasis biliar es difícil en todos los períodos y en todas las fases. Sin embargo, me atendré siempre á la hipótesis de un diagnóstico clínico establecido, con sus peligros y sus incertidumbres.

Hasta estos años últimos la litiasis biliar ha sido considerada como una afección completamente médica. Pero desde hace unos seis años algunos cirujanos, animados por éxitos verdaderamente notables y preocupados, además, por los accidentes que amenazan la vida del litiásico, reclaman con insistencia el tratamiento operatorio precoz de esta litiasis en su forma vesicular y canalicular. Para ellos la operación se impone en el período vesicular de la litiasis en cuanto se hace el diagnóstico.

Creo que la litiasis biliar debe ser considerada como una afección benigna, á pesar de los accidentes, á veces gravísimos, que pueden sobrevenir durante su curso. Sin desconocer el papel desempeñado por los agentes microbianos en sus determinaciones vesiculares y canaliculares, considero la litiasis biliar como una diátesis, como un estado constitucional cuyo fundamento terapéutico es médico por esencia.

No hay derecho para proponer, en nombre de la patogenia, un tratamiento quirúrgico sistemático de la litiasis biliar; además de que no modifica la tendencia de los enfermos á formar cálculos, la operación entraña riesgos inmediatos ó tardíos.

La *intervención quirúrgica es una terapéutica de excepción*; tal será el resumen de esta ponencia.

I. **Litiasis vesicular.**—Algunos cirujanos han creído que la resolución definitiva del problema se hallaba en esta fórmula: «Operar en cuanto se manifiesta la insuficiencia hepática». Pero, en la actualidad, es imposible definir la insuficiencia hepática con tal exactitud que pueda servir de base para una discusión terapéutica.

Debemos buscar las indicaciones operatorias en la evolución clínica de

la litiasis. Las indicaciones quirúrgicas, lo mismo en la fase vesicular que en la canalicular, dependen de las complicaciones *funcionales*, *mecánicas*, *infecciosas y generales*.

A. Complicaciones funcionales.—Se trata, indudablemente, del cólico vesicular. En la mayor parte de los casos cede con un tratamiento médico bien dirigido; no hay necesidad, por lo tanto, de intervenir de un modo más directo. Pero los accesos del cólico vesicular pueden, por su repetición, por su intensidad, crear un verdadero «estado de mal litiásico»; pueden determinar accidentes reflejos, cardíacos ó cardiopulmonares tan graves á veces, que ponen en peligro inmediato la vida del enfermo; conviene, por lo tanto, suprimirlo, cuanto antes mejor. El Dr. Maire aconseja operar siempre que una crisis hepática dura más de veinticuatro horas.

La situación social del enfermo puede ser también un motivo de intervención cuando los sufrimientos, sin crear un peligro, impiden á un obrero ganarse la vida.

Creo también, como Linossier, que es útil intervenir para sustraer á ciertos litiásicos de la morfinomanía, indudablemente más peligrosa que la operación quirúrgica.

B. Complicaciones mecánicas.—De todas estas complicaciones, la hidropesía de la vesícula biliar es la más simple. Es compatible con una existencia normal, y no debe, por lo tanto, aconsejarse la ablación sistemática del órgano alterado. Los enfermos de este género deben ser vigilados muy de cerca; la intervención quirúrgica constituirá siempre una terapéutica de excepción que responda á indicaciones intercurrentes.

En las peritonitis enquistadas, las estenosis pilóricas ó duodenales, el íleo calculoso ó las rupturas vesiculares, la intervención quirúrgica constituye la única terapéutica eficaz. En ciertos casos basta la destrucción de las adherencias, pero, en general, es preferible extirpar la vesícula para evitar la recidiva.

C. Complicaciones infecciosas.—La infección vesicular puede ser aguda ó crónica.

I. *Infección aguda.*— Después de cesar las crisis de cólico hepático, la vesícula biliar puede quedar dolorosa, á pesar del tratamiento médico, á pesar del reposo absoluto, que constituye la base fundamental de este tratamiento. Las oscilaciones térmicas son tan grandes, que es imposible dudar de la existencia de un proceso inflamatorio, que la palpación permite localizar en la vesícula y en sus inmediaciones. La inapetencia persiste, el enflaquecimiento hace progresos continuos. La gravedad del estado general y local se confirma por la oliguria, la urobilinuria y la subictericia.

En tales condiciones no debe vacilarse mucho tiempo: estas colecistitis y pericolecistitis en vías de supuración, son tributarias casi siempre del tratamiento quirúrgico. Las curaciones espontáneas son, en efecto, raras. El aumento rápido del número de leucocitos en la sangre aboga en favor de la intervención precoz. Sin embargo, no deben asimilarse por completo estas infecciones vesiculares á la apendicitis, y es preciso conceder algún tiempo á la terapéutica médica.

II. *Infección crónica.* — Las infecciones crónicas de la vesícula biliar pueden desarrollarse de un modo sordo, sin episodio agudo. Pero, en gene-

ral, se encuentra entre los antecedentes del sujeto una crisis franca, más ó menos lejana, de cólico hepático. Después de esta crisis el enfermo nota á intervalos variables una sensación de molestia dolorosa en el hipocondrio derecho, más acentuada al fin de las comidas, y que se exacerba con la fatiga. Al repetirse la crisis de cólico hepático se descubre la vesícula tensa, muy dolorosa y de volumen casi irreducible.

Esta colecistitis, crónicamente infectada, se confirma más por modificaciones en el estado general, por accesos febriles, de intermitencias irregulares, por subictericia pasajera ó crónica y por las modificaciones urinarias que caracterizan los estados hepáticos (orina escasa, de color subido y abundante en urobilina).

Es necesario extirpar una vesícula alterada de un modo irremediable cuyas lesiones no es posible reparar y que, sin utilidad funcional, no puede conservarse sin exponer el enfermo á peligros graves. La intervención debe practicarse lo antes posible á causa de las adherencias que se forman sin cesar y que complican de un modo extraordinario la operación.

D. Complicaciones generales. — La vesícula biliar puede ser el origen de una infección general grave cuya sintomatología local es casi inapreciable.

El cuadro clínico es siempre de los más confusos, así que son posibles y excusables todos los errores de diagnóstico. Entre los antecedentes hereditarios ó personales del enfermo no suele haber un estigma hepático franco; á veces hay el recuerdo vago de una ictericia pasajera de tipo catarral, de síntomas benignos y de marcha rápida.

El enfermo se queja de molestias indefinidas caracterizadas principalmente por modificaciones del estado general: inapetencia ó exageración del apetito, pérdida de fuerzas, enflaquecimiento progresivo con inaptitud para el trabajo, accesos febriles más ó menos tardíos que se presentan por la mañana ó por la tarde. La fiebre es continua durante varios días ó algunas semanas en ciertos períodos y llega á 40° por la tarde. Las más de las veces estas modificaciones del estado general se complican con trastornos intestinales, estreñimiento ó diarrea. Orina escasa, de color encendido y abundante en sedimentos; crisis poliúricas bastante frecuentes y de corta duración.

La facies de los enfermos es bastante característica: están demacrados en extremo; la coloración de los tegumentos recuerda el tinte de los cancerosos en el período de caquexia.

Ante una sintomatología tan vaga, el médico examina órgano por órgano; á veces descubre en la región vesicular un abultamiento ligeramente doloroso á la presión: el hígado puede ser sensible. Pero, por lo general, el examen más minucioso no permite descubrir signo objetivo preciso; el médico, por una serie de eliminaciones sucesivas, llega á diagnosticar caquexia de origen hepático, quizá por infección vesicular.

En resumen, en la litiasis vesicular la operación quirúrgica puede estar indicada:

1.° Por la repetición ó la intensidad de los cólicos hepáticos, á veces por el estado social del enfermo que, sin padecer cólicos muy dolorosos ó frecuentes, se encuentra imposibilitado de seguir un tratamiento médico du-

rante el tiempo necesario para que sea eficaz. Es preferible intervenir en ciertos casos para prevenir la morfinomanía;

2.° Por la existencia de una colecistitis calculosa infectada. En la infección aguda la indicación operatoria no es imperiosa; no hay indicaciones suficientes para asimilar esta forma de colecistitis á la apendicitis. La intervención quirúrgica sólo se practica cuando fracasa la terapéutica médica bien dirigida. En la infección crónica la operación se impone; debe ser lo más precoz posible á causa de los accidentes locales y generales que ponen en peligro la vida del enfermo y de las dificultades operatorias que aumentan con el tiempo;

3.° Por los síntomas de una infección general de supuesto origen vesicular en ciertos casos en que no existe lesión objetiva de colecistitis. La laparotomía exploradora se impone en este caso como recurso supremo; después de la exploración de las vías biliares, el cirujano, confirmando ó no el diagnóstico, decidirá la conducta que ha de seguir;

4.° En la hidropesía simple de la vesícula no debe intervenirse.

II. **Litiasis canalicular.**—Las dificultades del tratamiento de la litiasis vesicular son un juego en comparación con las de la canalicular. Esta última es intrahepática ó del colédoco.

De todas las litiasis canaliculares, la del colédoco es, desde el punto de vista de las indicacionos terapéuticas, la más interesante, quizá la única interesante. Puede sostenerse, con más motivo que para la litiasis vesicular, que la operación se impone en cuanto se hace el diagnótico. Sin embargo, la frecuencia de las curaciones espontáneas y la gravedad del acto operatorio no permiten aceptar la operación sistemática.

Considero la intervención quirúrgica como una terapéutica de excepción, cuyas operaciones se deducen, como para la litiasis vesicular, de las complicaciones *funcionales*, *mecánicas* é *infecciosas*.

A. Complicaciones funcionales.—La litiasis del colédoco puede quedar latente. Estas excepciones, necesariamente desconocidas, no deben tenerse en cuenta. Puede, por el contrario, manifestarse por crisis, cuya intensidad, repetición y duración imponen un retraso mayor ó menor, al acto operatorio. Pero estos hechos son excepcionales. Los mismos argumentos sacados de la naturaleza de las crisis y de las condiciones sociales del enfermo, tienen aplicación á las dos formas de litiasis y es inútil insistir más sobre este asunto.

B. Complicaciones mecánicas.—De todas estas complicaciones, la ictericia es la que más impresiona y la que plantea al clínico los problemas de resolución más difícil.

Si la ictericia por obstrucción litiásica del colédoco reconociera por causa única la presencia de un cálculo demasiado voluminoso para franquear este conducto, no habría motivo para justificar el aplazamiento del acto operatorio una vez hecho el diagnóstico. Pero el mecanismo de la ictericia calculosa no es tan simple. El cálculo queda retenido en el colédoco por dos obstáculos: por su volumen primero y por la hinchazón inflamatoria de la mucosa del conducto. El volumen es irreducible, pero bajo la influencia del tratamiento médico, del reposo, la hinchazón de la mucosa puede desaparecer; el colédoco recobra entonces su permeabilidad y bajo la influen-

cia de cólicos expulsivos el cálculo puede ser evacuado en el intestino. No hay, por lo tanto, que intervenir sistemáticamente, como ocurriría si el cálculo constituyera sólo el obstáculo.

Conviene esperar, ¿pero cuánto tiempo? Respóndese sin vacilar: *todo el tiempo que el hígado y los tejidos toleran la inversión de la corriente biliar.* Ahora bien, esta tolerancia es esencialmente variable: un enfermo tolera durante meses su ictericia; otro manifiesta desde los primeros días una intolerancia alarmante. No es, por lo tanto, clínico asignar á la ictericia por obstrucción calculosa una duración fija, constante para todos los individuos, más allá de la cual se impone la intervención quirúrgica.

¿Cómo apreciar esta tolerancia individual y fijar su límite? A mi entender, por el estudio de las variaciones cualitativas de la ictericia.

La ictericia de la obstrucción calculosa del colédoco es, cuando no existe alguna complicación, una ictericia de causa mecánica. Se revela por síntomas perfectamente definidos:

Coloración francamente amarilla de los tégumentos; decoloración á veces intermitente de las heces fecales; la orina y el suero dan la reacción característica de Gmelin, la de los pigmentos normales. Esta *ictericia ortopigmentaria*, sea cual fuere su intensidad, indica que la célula hepática funciona de una manera normal. Puede ser tolerada más tiempo por el hígado y por los tejidos.

Pero la célula hepática se fatiga de desempeñar simultáneamente el papel de órgano de secreción y de absorción. Su resistencia se debilita á la larga; cesa de fabricar exclusivamente pigmento normal. La ictericia no es franca, sino que existe un tinte subictérico; esta subictericia no puede ser considerada como indicio de un proceso reparador, porque la oliguria persiste y hasta se acentúa; los excrementos son blanquecinos ó están poco coloreados; el estado general se debilita; finalmente, en la orina y en el suero la reacción de Gmelin disminuye poco á poco y concluye por desaparecer; los pigmentos normales son sustituídos por los anormales (rojo-parduzco, urobilina) que, después de más ó menos tiempo, son los únicos que existen.

La ictericia ortopigmentaria del principio se convierte en metapigmentaria. Esta transformación es un indicio de que la célula hepática tolera mal la inversión de la corriente biliar, que se avecina el límite de su resistencia. Como los diferentes tejidos de la economía degeneran con rapidez por la impregnación de una bilis alterada, puede admitirse que *ha llegado la hora de suprimir el obstáculo cuando la ictericia ortopigmentaria es sustituída por la metapigmentaria.* La naturaleza de los pigmentos debe ser determinada simultáneamente en la orina y en el suero por haber impermeabilidad renal para los pigmentos anormales.

En el estado actual de nuestros conocimientos parece, por lo tanto, prudente considerar la presencia de la urobilina en el suero sanguíneo, en la orina ó simultáneamente en ambos líquidos, como prueba de una alteración funcional de la célula hepática por uno de los procesos siguientes: ó bien el hígado, incapaz de fabricar los pigmentos normales, produce en mayor abundancia, ó exclusivamente, urobilina, ó bien no forma urobilina, sino que la deja pasar en vez de retenerla ó transformarla.

En estas diferentes hipótesis, la urobilinhemia con ó sin urobilinuria, debe ser considerada como un síntoma de desfallecimiento hepático en la ictericia por obstrucción, como una indicación operatoria. Es preciso, por lo tanto, seguir con la mayor atención las variaciones cualitativas de esta ictericia.

Para sintetizar mejor mi opinión, resumiré en una forma completa las diferentes situaciones posibles en la ictericia por obstrucción litiásica con las indicaciones terapéuticas correspondientes.

Ictericia exclusivamente ortopigmentaria.	Esperar.
Ictericia ortopigmentaria con indicios de pigmentos anormales.	Esperar.
Ictericia con predominio de pigmentos anormales en la orina y en el suero.	Esperar con prudencia.
Ictericia exclusivamente metapigmentaria sanguínea y urinaria á la vez.	Operar.
Ictericia exclusivamente metapigmentaria, pero sanguínea sin pigmentos anormales en la orina.	Operar sin retraso á causa de la impermeabilidad renal.

Lo que equivale á decir:

1.° Que supongo la ictericia por obstrucción calculosa indemne de toda complicación, en particular de infección local ó general.

2.° Que no basta, para determinar la cualidad de una ictericia, precisar la naturaleza de los pigmentos sanguíneos y urinarios. Es preciso también tener en cuenta los síntomas clínicos que se presentan á la vez. No debe, por lo tanto, intervenirse en las ictericias exclusivamente urobilinúricas que pueden aparecer después de la eliminación espontánea de un cálculo y que van acompañadas de crisis poliúrica, de coloración ó de hipercoloración de las heces, de reaparición del apetito y de las modificaciones generales que indican la convalecencia.

3.° El análisis de la orina y del suero debe hacerse con frecuencia: el del suero sólo se impone cuando no se descubren pigmentos en la orina, á pesar de existir ictericia ó subictericia franca.

Se deduce de esta discusión:

1.° Que en las obstrucciones calculosas del colédoco con ictericia, la intervención operatoria no puede prescribirse á plazo fijo;

2.° Que los datos que deben servir de base para decidir el momento oportuno de la intervención carecen de exactitud;

3.° Que es preciso multiplicar para cada enfermo los análisis del suero sanguíneo y de la orina.

C. Complicaciones infecciosas y generales. — La infección canalicular se manifiesta por una serie de síntomas, de los que los siguientes son los que más llaman la atención:

a) Sensibilidad dolorosa del hígado atrofiado unas veces, hipertrofiado otras.

b) Trastornos terminales difíciles de bosquejar. La curva puede ser constantemente hipertérmica y mantenerse alrededor de 40°, ó ser hipotérmica y no exceder más que en casos excepcionales de 37°,5; ó puede presen-

tar en el curso del día variaciones hasta de 3 grados, siendo hipotérmica por la mañana é hipertérmica por la tarde y viceversa.

c) Ictericia continua perteneciente, sobre todo al tipo de la caquéctica metapigmentaria, con las modificaciones urinarias y hemáticas correspondientes.

d) Trastornos generales: inapetencia, trastornos generales, astenia tan acentuada que el enfermo tarda poco en ser incapaz de todo esfuerzo físico ó intelectual.

e) Crisis de cólicos hepáticos más ó menos frecuentes.

Los litiásicos de esta clase corren un gran peligro; sin embargo, muchos curan sólo con el tratamiento médico.

Pero antes de precisar los límites de este tratamiento, creo conveniente manifestar que ni la hipotermia ni la hipertermia constituyen un *noli me tangere* quirúrgico. Los enfermos de que se trata deben dividirse en dos clases:

1.ª *Los infectados canaliculares en estado de retención metapigmentaria.* Creo que ganan con la intervención quirúrgica precoz.

2.ª *Los infectados canaliculares en estado de retención principal ó exclusivamente ortopigmentaria.* La infección de un modo irregular es el problema terapéutico. Los peligros á que expone son tanto más temibles, cuanto que la cualidad de la ictericia da al parecer más seguridad para la contemporización. No es posible elegir el momento en que esta infección exige recurrir á los medios quirúrgicos.

Al estudiar las cirrosis hepáticas y los hígados toxi-infecciosos, litiásicos ó no, he observado los hechos siguientes: el hígado enfermo, pero en estado de defensa activa y eficaz, sean las que fueren sus dimensiones absolutas, presenta, como el órgano sano, en el transcurso de las veinticuatro horas, variaciones de volumen perfectamente apreciables, que revelan la flexibilidad del parénquima hepático, su capacidad de adaptación. Los hígados completamente fibrosos, de células en su mayor parte degeneradas, de vasos alterados, no presentan estas variaciones compensadoras, ó no son suficientes para apreciarse en clínica.

Estos hígados atrofiados ó hipertrofiados, pero sobre todo atrofiados, se hallan en peligro inminente de nulidad funcional, á pesar de todas las apariencias. Cuando el médico observa este estado de equilibrio estable en el curso de las afecciones hepáticas, debe considerar inminente el peligro; si la causa quirúrgica es susceptible de tratarse por los medios quirúrgicos, debe proponerse la operación.

Prácticamente propongo considerar como llegado al límite de su resistencia, pero como susceptible aún de reparación y, por consiguiente, indicada la intervención, todo hígado litiásico infectado en estado de retención biliar, orto ó metapigmentario, y hasta sin retención, que, durante un período de cinco á diez días, no varía de volumen.

Contraindicaciones. — Excepto en el caso de urgencia extrema, es prudente no intervenir en las mujeres embarazadas, en los arterioesclerosos extenuados, en los cardíacos caquécticos, en los diabéticos, en los que padecen una afección pulmonar grave; finalmente, en los que presentan un estigma y que, por una causa ó por otra, se hallan en tal estado de decadencia que no hay que contar con los beneficios de la intervención.

Algunos cirujanos aconsejan no operar á los enfermos de más de sesenta y cinco años; en principio tienen indudablemente razón, pero conozco dos operaciones felices practicadas en individuos de sesenta y ocho y setenta y un años.

El Dr. Doyen: La litiasis biliar exige la intervención del cirujano cuando las crisis dolorosas son muy frecuentes y van acompañadas de síntomas alarmantes, en los casos de colecistitis infecciosas ó en los de obstáculo al curso de la bilis. La intervención varía sensiblemente, según que haya ó no obstrucción de las vías biliares.

1.° *El curso de la bilis está libre.* Haya ó no obstrucción del conducto cístico, hidropesía ó supuración de la vesícula, la operación es sencillísima. La vesícula es de ordinario suturada á la pared; en casos más raros, es extirpada. La fístula biliar se cierra casi siempre espontáneamente, cuando el conducto colédoco está libre. La extirpación de la vesícula por el método del descortezamiento subperitoneal, es de ordinario inofensiva, porque la operación se practica casi en absoluto por el método extraperitoneal.

2.° *Hay obstáculo al curso de la bilis.* La operación es tanto más grave, cuanto más antigua es la retención biliar. El descubrimiento del punto obliterado es difícil, y la naturaleza del obstáculo imposible de prever de antemano.

El Dr. Girard: La intervención quirúrgica debe ser indudablemente excepcional; pero aun así debe hacerse lo posible por precisar cuál es en realidad esta excepción. Kehr calcula en 2.000.000 el número de alemanes que tienen cálculos biliares; de éstos, sólo el 20 por 100 padecen accidentes. De estos 100.000 enfermos, en las cuatro quintas partes está justificado el tratamiento médico, de modo que el cirujano reclama 20.000, cifra importante desde el punto de vista de la práctica quirúrgica.

Hay intervencionistas decididos, y el razonamiento en que fundan su conducta es el siguiente: el origen de los cálculos es una infección que de un momento á otro puede invadir todo el organismo, produciendo accidentes gravísimos; para conjurar semejantes peligros en el porvenir, es preciso extraer los cálculos, y todo entrará en orden. Este razonamiento no es infundado, porque no faltan ejemplos de infección localizada en los que los microorganismos concluyen por desaparecer, hasta el punto que los cálculos pueden perforar la vesícula y avanzar por el peritoneo sin producir síntoma alguno. — F. Toledo.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Las crisis gástricas de los tabéticos.—El Dr. P. A. Ostankow ha publicado en el *Praktitscheski Wratsch* un artículo acerca de este asunto, que aparece extractado en el *Deutsche Medizinal Zeitung*, núm. 74 de 1908, y cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª La morfina y sus derivados pueden provocar, con su uso prolongado,

verdaderas crisis gástricas en los tabéticos, crisis que van acompañadas de aumento de temperatura y de retención en la evacuación de orina. Este último síntoma se observa también en las crisis tabéticas que no sobrevienen á causa de una intoxicación mórfica é indica que, en general, las crisis tabéticas son de naturaleza tóxica.

2.ª La morfina, y lo mismo los demás antineurálgicos, tales como la antipirina, la fenacetina y la aspirina, si bien es cierto que dominan, aunque por poco tiempo, los accesos (dolores, crisis), son causa, en cambio, de que estos accesos repitan más á menudo y con mayor intensidad. Según esto, semejantes medicamentos por ningún motivo se deben usar durante mucho tiempo.—R. DEL VALLE.

Investigaciones experimentales sobre la acción fisiológica del atoxilo. — De sus investigaciones experimentales deduce el Dr. A. Cianni que el atoxilo no ejerce acción alguna sobre el corazón, la presión sanguínea, la respiración ni el sistema nervioso, excepto cuando se administra á dosis hipertóxicas. En cambio, ejerce un efecto favorabilísimo sobre el metabolismo de los tejidos en general y sobre la hematopoyesis en particular. Ha visto que este medicamento, administrado en inyección hipodérmica á los conejos, á la dosis de 10 á 15 centígramos diarios, produce un aumento gradual y notable del peso, que persiste aunque se supriman las inyecciones. Aumenta á la vez la cantidad de hemoglobina y el número de glóbulos rojos. El número total de leucocitos no varía, pero la proporción entre las diversas especies de estos glóbulos cambia, aumentando los mononucleares, en particular los grandes mononucleares, que desempeñan un papel tan importante en la fagocitosis.

El Dr. Cianni deduce de estos hechos que el atoxilo, á causa de la acción benéfica que ejerce sobre la crasis sanguínea y sobre el aumento de peso del cuerpo, á causa de su inocuidad relativa para el corazón y el sistema nervioso, debe ser considerado como excelente siempre que se administre á dosis moderadas, bien como específico de la sífilis, de la enfermedad del sueño, etc., ó como auxiliar de otras substancias medicamentosas en otros estados morbosos. Cree el Dr. Cianni que los accidentes más ó menos graves que se han atribuído al atoxilo han sido ocasionados por la manía de emplear dosis elevadas que no respondían á un fin terapéutico. Prescribiendo este medicamento de la manera debida, es decir, teniendo en cuenta el estado anatómico de los órganos sobre los que se desea obrar y el grado de integridad de las vías de eliminación, pueden obtenérse con el atoxilo éxitos inesperados. —(*Lo Sperimentale*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REFLEXIONES SOBRE TRES CASOS DE ESTENOSIS PILÓRICA BENIGNA

POR EL

DR. D. JOSÉ GONZÁLEZ CAMPO

Especialista en enfermedades del aparato digestivo. Presidente de la Academia Medico-Quirúrgica Española.

Parece axiomático que cuando en el estómago de un gastropático comprobemos la retención de grandes cantidades de alimentos ingeridos muchas horas antes, si esta retención no es eventual, hemos de diagnosticar la estenosis pilórica y pensar, como único recurso curativo, en la intervención quirúrgica. De este hecho surge, para casi todos los gastropatólogos, la indicación más clara y útil de la gastroenterostomía, con el fin de solucionar el conflicto mecánico que aparentemente no puede resolverse de otro modo.

Y, sin embargo, como resultado de una práctica que, en la especialidad de las enfermedades del aparato digestivo, va siendo ya algo larga, poseemos varios hechos que no nos permiten ser siempre tan absolutos y categóricos en nuestras apreciaciones, haciéndonos reflexionar hondamente, todo lo hondamente que merece el sufrimiento ajeno, en cada determinado caso.

Como nosotros hemos mantenido siempre en publicaciones, Congresos y Academias el criterio de no retener en nuestras manos los enfermos que pueden beneficiarse de la cirugía más que de los recursos dietetico-farmacológicos que utilizamos, nos creemos obligados á llamar la atención acerca de algunas inseguridades del diagnóstico que, desatendidas, pueden conducirnos á aconsejar á algún enfermo recursos más enérgicos de lo necesario y á preconizar una intervención que no le es indispensable y que, dígase lo que se quiera, nunca podremos asegurar que esté desprovista de gravedad.

En demostración de nuestro aserto, y como justificación de estos

renglones, vamos á exhumar los principales datos de una historia ya añeja y á transcribir lo fundamental de otras dos más recientes.

D. M. de la F., de cuarenta años, natural de Guadalajara y residente en Madrid, nos consultó en octubre de 1898, recomendado por el reputado paidópata Dr. Benítez. Enfermo desde hacía siete años, con síntomas de probable hiperclorhidria, llevaba dos con vómitos alimenticios frecuentes que no revestían el tipo horario digestivo, de mayor cantidad que la ingerida, fétidos, expulsando á veces materias que había comido dos ó tres días antes; estos vómitos iban precedidos y acompañados de dolor epigástrico y en la región pilórica, dolor que se despertaba también por presión. El fondo gástrico, determinado por el lugar en que provocábamos el gorgoteo, estaba, al parecer, á cinco ó seis centímetros bajo el ombligo.

Una noche le hicimos un completo lavado gástrico, y no habiendo ingerido después nada hasta que á la mañana siguiente tomó el almuerzo de prueba de Ewald-Boas, lo extrajimos al cabo de una hora, recogiendo 80 cent. cúb. de líquido sin olor, sin ácido láctico y con clorhídrico libre en la proporción de 2'26 por 1.000. Cuantas veces repetimos el lavado, á las catorce ó quince horas de haber cenado el enfermo pudimos extraer considerables cantidades (nunca inferiores á 250 cent. cúb.) de materias alimenticias, de olor nidoroso unas veces y otras acético, con residuos de substancias ingeridas en los dos ó tres días precedentes y de reacción clorhídrica muy clara.

A este individuo le recomendamos un régimen alimenticio blando, aceite antes de las comidas, lavados gástricos diarios con agua bicarbonatada y alcalinos á altas dosis. Siguió sintiendo molestias durante algunos meses y concluyó por verse libre de ellas, llegando á comer de todo, sin sufrir, en los nueve años transcurridos desde entonces, molestia digestiva de importancia.

D. H. M., de cuarenta y ocho años, residente en Miranda, nos consultó en julio de 1907, por recomendación del ilustrado laringólogo de Bilbao Dr. Cantero. Desde hacía un año sufría dolor gástrico que empezaba tres ó cuatro horas después de las comidas, terminando con vómitos alimenticios nada escasos; dos meses antes de acudir á consultarnos tuvo una profusa hematemesis acompañada de melena; los vómitos habían ido haciéndose más tardíos, pero, en cambio, más abundantes, alimenticios siempre y con residuos de lo ingerido antes de la víspera. El fondo gástrico se hallaba situado á tres ó cuatro centímetros por debajo del ombligo, siendo dolorosa la pre-

sión bajo el xifoides aunque se ejecutase con intensidad escasa; el enfermo estaba inapetente, muy desnutrido y el estado de sus fuerzas era precario. La exploración con la sonda, en ayunas, acusó siempre abundante cantidad de alimentos retenidos; el análisis del contenido gástrico después del almuerzo de prueba de Ewald-Boas, previo lavado, extraído por expresión, reveló una acidez clorhídrica total de 3'39 por 1.000 y libre de 3'17.

Le aconsejamos la gastroenterostomía; acudió, para que se la practicara, al Dr. D. J. Bravo, y encontrándole muy débil este distinguido cirujano le recomendó, como nosotros, que tratase de reponer sus fuerzas, con la alimentación adecuada á su estado, mientras ingresaba en una Casa de salud para ser intervenido; el enfermo, en vista de que todos le instábamos á que se alimentase, á pesar de su inapetencia, se dió aquel mismo día un opíparo banquete, seguido de otros semejantes, regresando á su pueblo sin vómitos y sin dolores y comiendo cuanto le venía en gana, en cuyo estado continuaba hace pocos meses, sin que haya advertido ninguna señal más de su úlcera ni de la retención alimenticia.

Doña M. S., de treinta y dos años, residente en Madrid, vino á nuestra consulta en marzo de 1905, refiriéndonos que desde cinco años antes la acometían evidentes síntomas de hiperclorhidria durante largas temporadas, separadas por intervalos de pocas semanas ó de días; en febrero de 1903 tuvo dos copiosas hematemesis y hacía un año que empezaron á presentársele casi á diario vómitos alimenticios abundantes, primero á cualquier hora y luego de madrugada; últimamente sólo vomitaba cada tres ó cuatro días, expulsando restos de todo lo ingerido desde el vómito anterior, con fuerte olor y sabor ácidos.

Por gastrodiafania, así como insuflando el estómago, comprobamos que no traspasaba su fondo la cicatriz umbilical; en ayunas, tres veces en dos semanas, dimos salida por la sonda introducida en el estómago, la primera vez á 320, las dos restantes á 310 y 345 cent. cúb. respectivamente de materias alimenticias, con olor á vinagre é intensa reacción clorhídrica. Después del almuerzo, tomado en condiciones idénticas á las de los casos anteriores, pudimos recoger por aspiración, con la sonda de Boas, 75 cent. cúb. de líquido con 2'73 por 1.000 de ácido clorhídrico total y 2'22 libre.

Con escasa esperanza en la eficacia de los recursos de orden médico para curar la dolencia de esta señora, los pusimos en práctica en forma análoga en lo fundamental á los utilizados en el primer

caso de los citados, y con ellos las molestias fueron progresivamente disminuyendo, sin que desde los comienzos de 1906 hasta la actualidad haya sufrido otros trastornos que, de cuando en cuando, algún dolor gástrico á las dos ó tres horas de las comidas y que desaparece por mucho tiempo en cuanto hace uso varios dias consecutivos de una mezcla alcalina.

Después de transcriptos á la ligera estos tres casos, juzgamos innecesario manifestar que son excepcionales, pués en la inmensa mayoría de los análogos, las cosas no se remedian con tanta sencillez y sólo la apertura de un nuevo píloro es capaz de suprimir ó mitigar os sufrimientos mejorando la nutrición.

Veamos ahora cómo pueden explicarse los hechos observados:

¿De qué dependió el alivio ó curación en lo subjetivo de nuestros enfermos? ¿Desapareció la estenosis? Esta desaparición no puede admitirse porque, como es sabido, la estenosis pilórica benigna (llamada así en contraposición á la neoplásica) es casi siempre consecutiva á la úlcera que radica en las inmediaciones del orificio gastroduodenal, así como sabemos que el tejido inodular que determina la estrechez no se distiende con el transcurso del tiempo, sino que va retrayéndose.

¿No estaba en estos sujetos estenosado el píloro? Tampoco lo creemos, porque la retención sólo puede producirse por esta causa ó por una atonía muy graduada de la musculatura gástrica que impida el vaciamiento completo del estómago, y lo que á todos los clínicos sirve para diferenciar la estenosis de la atonía es la cantidad de materiales extraídos por la sonda después de doce ó más horas de ayuno; grande, colosal á veces en la primera; escasa proporcionalmente en la segunda; en ésta, la víscera tarda en vaciarse, pero al cabo se desocupa por entero; en aquélla no se desembaraza jamás completamente de su contenido.

La explicación de lo que en nuestros enfermos acaeció no puede ser otra que la siguiente: A toda estrechez orgánica del píloro se suma una estenosis espasmódica que en muchos casos parece que puede existir sola; este espasmo se produce en virtud de la excesiva acidez del jugo elaborado por las glándulas del estómago, que por su exagerada concentración no se neutraliza totalmente en el duodeno, neutralización indispensable para que el píloro se abra; también puede darle origen un reflejo que parta de cualquier erosión existente en la mucosa peripilórica. Nuestros tres enfermos eran hiperclorhídricos; en dos de ellos las gastrorragias indicaban clara-

mente un proceso ulcerativo; ambas circunstancias, hiperclorhidría y ulceración, ésta en el segundo tal vez en actividad, á juzgar por la fecha de la gastrorragia (dos meses antes de nuestro reconocimiento), justifican el espasmo sobreañadido á la verdadera estenosis, menos graduada de lo que parecía por concomitancia de ese elemento.

Cuando con el régimen bromatológico y la medicación adecuados en los casos primero y tercero neutralizamos el ácido, después de disminuir el estímulo secretorio por prohibición de los alimentos dañosos, suprimimos lo espasmódico, bastando esto para poner término á las molestias sin actuar sobre lo orgánico, puesto que los medicamentos carecen de eficacia para modificar la textura anatómica; los enfermos quedaron con su estenosis, claro está, pero únicamente con la verdadera, con la que por su naturaleza es inmutable y que por sí sola no imposibilita *por ahora* la exoneración del estómago. Si en el segundo de los casos expuestos desaparecieron los síntomas sin oponerles ninguna terapéutica, nos lo explicamos porque la úlcera era reciente y acaso el mecanismo reflejo fuese el único que estorbara la evacuación, siendo favorable la evolución del proceso ulcerativo, como lo es en el mayor número de ocasiones, á pesar de que el enfermo empezó á comer abundantemente y no, por cierto, lo que más le convenía.

De lo que precede se deduce que en los casos de estenosis pilórica, mientras no veamos amenazada de momento la vida del enfermo, se impone la terapéutica médica racional proseguida debidamente por un tiempo variable en cada caso, atendiendo á los síntomas gástricos y al estado de la nutrición, no reteniendo en nuestro poder á los pacientes más de lo debido, pero tampoco renunciando á ensayar un tratamiento que, si en un sólo caso puede ser beneficioso, estará justificado en todos los análogos, siempre que el enfermo no pierda probabilidades de curación si, resultando ineficaz, nos vemos obligados á recurrir á otro.

CONSIDERACIONES SOBRE UN NUEVO TRATAMIENTO DEL NOMA

POR EL

DOCTOR D. LUIS FÁBREGA

(de Alcira).

De todos las secuelas que el sarampión deja en pos de sí, ninguna es tan temible por sus funestos resultados como la gangrena de la boca. Por más que el médico se esfuerce en conseguir una asepsia bucal durante la enfermedad sarampionosa, no siempre consigue evitar la aparición del noma; ya sea esto debido á que la limpieza se verifica mal, por parte de las personas encargadas de asistir á los enfermos, ya por ineficacia de los antisépticos empleados, ya por otras causas que luego estudiaré, ello es que, á pesar de nuestros cuidados, la enfermedad se presenta.

Afortunadamente es una de las consecuencias del sarampión menos frecuente; según mi estadística, no llega al 1 por 100, pues en un total de 1.200 casos, aproximadamente, de sarampión asistidos por mí, sólo he tenido ocasión de observar unos ocho casos de noma. Así como en ciertas epidemias se presentan con más frecuencia determinadas complicaciones que dejan de observarse en otras epidemias de la misma enfermedad, así también ocurre con la de sarampión y la gangrena de la boca, puesto que en tres epidemias de aquella enfermedad observadas en mi práctica sólo en dos se presentó la afección que motiva estas consideraciones. Las dos epidemias que ocasionaron el noma fueron en una misma localidad, aunque en época distinta; la otra fué en localidad muy apartada y en época muy anterior, ésta fué en país montañoso, situado al Noroeste de España; las dos posteriores fueron en país llano y en el centro de la Península. En la primera no se presentó ni un sólo caso de noma, con un total de unos 600 sarampionosos. En la segunda, con un total de 400 atacados, sólo se observaron dos casos de gangrena, y en la última, que fué la de menor número de epidemiados, unos 200, se presentaron seis casos de aquella enfermedad; lo cual hace, que si bien en la estadística total resulta un proceso poco frecuente, en las estadísticas parciales varía mucho la proporcionalidad; desde el 1 por 100 de la primera epidemia, al 3 por 100 de

la última, hay una diferencia que llama poderosamente la atención del observador.

El ánimo del clínico queda perplejo al buscar la explicación de la desproporción entre la gangrena de la boca con relación al número de enfermos de sarampión, en las distintas epidemias. No puedo atribuirlo á la mayar ó menor benignidad del agente morbilioso, puesto que en la epidemia que mayor número de casos de noma se presentaron fué la que mayor benignidad manifestó, menores fueron las complicaciones, que vinieron á perturbar su curso y, aparte el noma, menores fueron las huellas que dejó de su paso por el organismo. No creo que su explicación deba buscarse en las condiciones atmosféricas, climatológicas ó de localidad, pues aparte la configuración del país, las demás condiciones fueron casi iguales en las distintas epidemias á que hago referencia.

El tratamiento no pudo influir, puesto que se empleó el mismo expectante en todas las epidemias. Si descartando estas condiciones, pasamos á inquirir la explicación en las de mejor ó peor esmero en la limpieza de la boca, de su mejor ó peor asepsia, la duda sube de punto y el ánimo se queda más confuso todavía. Yo no sé si alguien habrá tenido ocasión de observar lo que en mi práctica me ha ocurrido y es causa de esta perplejidad. Expondré los hechos y se verá si ésta es ó no motivada.

En la época que se desarrolló la primera epidemia morbiliosa que asistí, no se aconsejaba de una manera tan imperiosa como ahora la asepsia bucal, como tampoco de las demás mucosas, por ser todavía poco conocida la influencia bacteriana en la producción de enfermedades; por cuya razón, y la de ser el principio del ejercicio de mi profesión, he de confesar que no me preocupó poco ni mucho la limpieza de la boca; en cambio, ponía todo mi cuidado en procurar una esmerada asepsia bucal y de las demás mucosas en las demás epidemias por mí observadas; pues bien, en la primera no se presentó ningún caso de noma; en las dos últimas ocurrieron los ocho casos que mi estadística registra. Tengo la seguridad de que en los casos que se presentó el noma la limpieza de la boca se practicaba de una manera muy esmerada, empleando como antiséptico una solución de ácido tímico ó de ácido bórico. Estos son los hechos, tal como mi observación los ha recogido; véase, pues, si hay ó no motivo para dudar al tratar de inquirir una explicación de ésta, al parecer, paradoja; á mayor asepsia, más casos de noma. ¿Podría ser debido á la poca eficacia de los antisépticos empleados?

No lo creo; el ácido tímico se empleaba al 1 por 2.000, y el ácido bórico al 6 por 100. Si eso fuera, hubiera sido más frecuente en la epidemia que más descuidada estuvo la asepsia bucal.

A mi modo de ver hay que buscar la explicación en las condiciones individuales, tanto locales como generales, y sobre todo en la forma cómo se practica la *toilette* de la boca.

Los medios que para este objeto se empleaban, eran los que para esto se aconsejan: un pincel, una espongita, torundas de algodón ó gasas atadas al extremo de un palito, empapándolas en el líquido antiséptico, se frotaba las encías, carrillos, etc., con la mayor suavidad posible, pero como á la edad que se suele sufrir el sarampión los enfermitos se muestran rebeldes á que se verifiquen manipulaciones en su boca, de ahí que pocas veces sea posible emplear medios suaves; por esta razón, no es difícil comprender que al emplear medios, si no violentos, un poco enérgicos, al frotar la mucosa de la boca se produzcan excoriaciones, desprendimientos epiteliales, etc., que pueden provocar estomatitis y soluciones de continuidad que sirven de puerta de entrada al agente productor del noma.

En la actualidad, para evitar estos inconvenientes, he prescrito estos medios en los nuevos casos de sarampión que he asistido; en su lugar, empleo pulverizaciones ó colutorios antisépticos, sin que tenga que arrepentirme por ahora del empleo de estos medios. Estoy convencido, como el que más, de que debe procurarse una asepsia lo más esmerada posible; pero creo también que en el sarampión debe procurarse sobre todo mantener la integridad anatómica de las mucosas y en especial de la boca; tan convencido estoy de ello, que opino que entre hacer una limpieza por medios que puedan destruir aquella integridad y no hacer nada, lo mejor es abstenerse de toda intervención. Los medios mecánicos son siempre violentos, y tratándose de una mucosa ya irritada, á causa del exantema, que más ó menos intenso, siempre existe, se comprende que por mucho cuidado que se ponga, se producirán roces, desprendimientos epiteliales, excoriaciones; por lo tanto, destruímos la valla natural que se oponía á la introducción de agentes sépticos en el organismo, entre ellos el productor del noma; siendo, por lo tanto, el resultado contraproducente, por favorecer la producción de la enfermedad que nos proponíamos evitar.

Para mí, pues, la explicación de la paradoja antes anunciada está en las condiciones de conservación ó no de la integridad de la mucosa bucal. Cuando se rompe aquélla, el agente séptico productor

del noma penetra en el organismo por la vía abierta á su paso, empezando á producir sus destructores efectos desde la superficie al interior, sin que basten á evitar su difusión los agentes terapéuticos empleados de más enérgica acción, como son los cáusticos, y el mismo cauterio actual, como si en vez de destruirlo sirvieran sólo para empujarlo más al interior.

Tanto los antisépticos locales como los cáusticos y el termocauterio, nos han resultado perfectamente inútiles en todos los casos que los hemos empleado; á pesar de ello, hemos visto extenderse la afección, profundizar más, destruyendo de una manera incesante los tejidos invadidos, hasta causar la muerte de los pequeños enfermos, sin que la acción mancomunada de los remedios tónicos y antisépticos, administrados por la vía gástrica consiguieran otro resultado que sostener un poco tiempo más la vida de los atacados de tan terrible dolencia.

Un remedio, no obstante, me hizo concebir alguna esperanza de que fuera eficaz en la mayoría de los casos, puesto que mi empleo me proporcionó dos curaciones, pero en otros dos casos también fracasó. Cierto que en esta enfermedad es un triunfo conseguir un 50 por 100 de curaciones, pero el clínico no debe contentarse con esto, sino buscar siempre una medicación que cure en la mayoría de casos, á ser posible, que cure siempre.

Durante el curso de una de la epidemias de sarampión tratadas por mí, se publicó en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas una recomendacion del Dr. González Alvarez, aconsejando el empleo del azul de metileno en solución al 2 por 100, como tratamiento del noma, diciendo que dicho tratamiento le había dado muy buenos resultados. Atendiendo á esta indicación, me decidí á emplearlo en los dos primeros casos que se me presentaron. Realmente en los dos obtuve la curación, si bien el tratamiento fué un poco largo, tardando unos quince días para conseguir la restauración de los tejidos gangrenados.

Satisfecho del buen resultado obtenido y creyendo haber encontrado una buena arma para combatir una enfermedad contra la cual nos hallábamos verdaderamente indefensos, empleé el mismo tratamiento en otros tres casos; desgraciadamente no se consiguió la curación, á pesar de emplear los mismos medios, la misma substancia que había sido empleada en los casos anteriores, pues lo despachó el mismo farmacéutico; dos enfermos fallecieron y el tercero indudablemente hubiera seguido la misma suerte, á no haber

empleado un tratamiento más eficaz. Me fundo al decir esto en el curso que seguía la enfermedad, idéntico en un todo á los de funesto resultado y por tratarse de una niña hermana de una de las víctimas de tan temible dolencia. El aspecto local del noma no se modificaba con el tratamiento por el azul de metileno, ni pudo conseguirse que se limpiara la úlcera del detritus gangrenoso, ni evitar que se cayeran los incisivos inferiores, por destrución de la encía, que dejaba el hueso al descubierto en una extensión de un centímetro y medio, sin percibirse reacción inflamatoria alrededor de la úlcera, presentando además la enfermita fuertes recargos febriles, un estado tal de postración y abatimiento, que me hizo temer un próximo y funesto resultado; por seguir el mismo curso que siguieron los enfermos de funesta terminación, empleé la solución de piogtannino azul á doble concentración que en los otros casos; no por esto mejoró nada el estado local y general de la enferma.

Ante un caso tan apurado y no pudiéndome resolver á dejarnos arrebatar á la enfermita por impotencia de los medios empleados y decidido á combatir al enemigo hasta sus últimas trincheras, se nos ocurrió pensar que, mientras le combatiéramos de frente, es decir, en el sitio de su manifestación, mientras quisiéramos perseguir al agente productor de la gangrena en su guarida, nada conseguiríamos, por ser un agente tan sutil, que escapa á los medios empleados, aun los más enérgicos; además, guarecido detrás de las trincheras de detritus, éstas oponen una impenetrable barrera que les hace invulnerables.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes, me propuse atacar el mal por medio de un agente que, penetrando en la sangre, pudiera llevar al espesor de los tejidos la antitoxina, anticuerpo ó como se llame el medio de que nos valemos para aumentar el poder fagocítico de las células; de este modo impedir la propagación y difusión de la gangrena.

Se me figuraba que entre los varios sueros que actualmente se preparan, habría alguno que podría servir para nuestro objeto; después de una razonada exclusión, elegí el suero antidiftérico de Roux. El raciocinio que precedió á esta elección podrá no estar ajustado á la realidad de los hechos, pero estoy satisfecho del resultado obtenido, y esto abona la preferencia de dicho suero.

Como el noma es un proceso especial, esencialmente gangrenoso, sin reacción inflamatoria, sin formación de pus, no creímos indicado el suero antiestreptocócico. Además, como el mal radica en un

tejido mucoso, aunque sucesivamente ataque los demás tejidos, quise ensayar un suero que tuviera una acción electiva especial sobre este tejido; como esta condición la cumple el suero Roux, de ahí que diera la preferencia á este suero sobre los otros; además, es bien conocida su acción estimulante sobre los procesos atónicos, tórpidos y la gangrena de la boca es un proceso esencialmente atónico.

Una vez decidido el empleo del suero Roux, empecé el tratamiento con una inyección de 10 cent. cúb.; á decir verdad, con pocas esperanzas de éxito, dada la índole de la enfermedad; pero grata fué mi sorpresa al notar dentro de las veinticuatro horas siguientes una marcada reacción inflamatoria en los bordes de la úlcera gangrenosa; el recargo febril fué menos acentuado, el estado general de la enfermita mejoró, consiguiendo algunos ratos de sueño tranquilo; tomó los alimentos con más facilidad; todo lo cual me hizo concebir algunas esperanzas de curación. En este estado dejamos transcurrir cuarenta y ocho horas sin practicar ninguna otra inyección; pasado este plazo, practiqué una segunda, también de 10 centímetros cúbicos de suero Roux, después de la cual se acentuó mucho más la mejoría; se inició un trabajo de reparación en la úlcera, con eliminación del detritus, se formaron pequeños mamelones carnosos, presentándose franco el proceso regenerativo, acompañado de una manifiesta mejoría en el estado general.

Ante tan sorprendente cambio, creí no hacía falta practicar ninguna nueva inyección, por lo que me limité á emplear un régimen tónico nutritivo, y como tratamiento local, una solución de timol al medio por mil para mantener la limpieza de la boca. A los ocho días la enfermita estaba completamente curada, quedándole sólo como señal la prematura caída de los incisivos inferiores.

En vista de tan satisfactorio resultado, empleé el mismo tratamiento en otro caso de noma, consiguiendo la curación en unos seis días; bien es verdad que la enfermedad no había avanzado tanto como en el caso anterior.

Para mí la acción del suero antidiftérico en esta enfermedad, es la de vigorizar las células, activando la amortiguada producción de alexinas, antitoxinas ó anticuerpos; por lo tanto, favorece la fagocitosis, dando por resultado la destrucción del agente productor de la gangrena de la boca.

Pocos son dos casos para poder fundar sobre ellos grandes deducciones; pero son éstos tan típicos, evolucionaron de tan favorable

manera inmediatamente después de estar influídos por el suero antidiftérico, que no vacilo en afirmar la supremacía de este tratamiento sobre los demás.

No pensaba publicar el resultado de este tratamiento hasta después de haber podido reunir mayor número de casos, pero en vista de que el tiempo se pasa y esta ocasión no se presenta, no quiero retrasar la publicidad de mis observaciones para que, llegando á conocimiento de los demás clínicos, puedan ensayarlo y publicar el resultado obtenido, con el fin de reunir el mayor número de casos posible y formar una estadística de este tratamiento; tal es mi propósito al publicar estas breves consideraciones.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DR. D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto rino laringológica del Hospital de la Princesa.

SUMARIO: I. Autoplastia para la oclusión de la abertura retro-auricular persistente, en los vaciados de mastoides.—II. El método de Eeman y el de Roy comparados.—III. Sobre el diagnóstico y tratamiento de la pansinusitis.—IV. Una innovación en la operatoria de la sinusitis frontal crónica.—V. Sobre un tratamiento quirúrgico del coriza vasomotor.—VI. La boca del esófago.

I. Los que desde hace muchos años estamos acostumbrados á curiosear la literatura médica de los diferentes países cultos, todos seguramente hemos notado con qué facilidad los escritores de determinada nacionalidad adelantada aparentan desconocer las ideas y trabajos de la otra nacionalidad que suponen rival, dándose el caso de citarse en las publicaciones con marcada predilección los nombres de los compatriotas. Notable labor de patriotismo, impropia de hombres intelectuales, que tienen obligación de estar á la altura de las nuevas corrientes sociales y que no les impide apropiarse la idea del extranjero. Franceses y alemanes rivalizan en esta labor.

Digo esto á propósito de una intervención propuesta por el doctor Paul Laurens para la oclusión de la perforación retro-auricular que alguna vez queda después de haber practicado el vaciamiento mastoideo. Esta operación es, en su fundamento, la misma de Passow,

aunque debemos reconocer que se diferencia en algunos detalles de su ejecución.

Dice el autor que para obtener un resultado operatorio perfecto precisa: 1.°, crear al hueco una cubierta de tegumentos, espesa, resistente; 2.°, hacer desaparecer de los bordes algunas formaciones queloides que puedan existir; 3.°, corregir la desviación del pabellón; 4.°, dar á la cavidad una pared bien epidermizada, lo que se obtiene desvolviendo los colgajos, que nunca deben llegar hasta el cuero cabelludo.

La técnica es la siguiente: *Primer tiempo.* Se trazan dos incisiones oblícuas que contornean el orificio formando una elipse muy alargada, cuyos extremos llegan por arriba hasta por encima del límite mastoideo y por abajo hacia la región de la punta. Con esto resultan dos segmentos de piel triangulares arriba y abajo, pasando luego al *segundo tiempo* de disección de estos colgajos, que se prosigue en ambos bordes del hueco despegando la piel con el mayor cuidado. El *tercer tiempo* consiste en ranversar estas porciones cutáneas de modo que la capa epidérmica mire hacia dentro y suturar los bordes con catgut. El *cuarto tiempo* consiste en el despegamiento de los colgajos anterior y posterior que circunscriben á las incisiones y su aproximación á la línea media del campo operatorio, donde son suturados. Se constituyen así dos planos que dan la resistencia deseada.

Si se compara con el procedimiento de Passow, se nota que las líneas esenciales del procedimiento son las mismas, pues en ambos se constituyen dos planos por el mismo mecanismo autoplástico, y sólo difieren en que la incisión contorneante es circular en Passow y elíptica alargada en Laurens, de modo que los colgajos internos son semicirculares en uno y triangulares en otro, al propio tiempo que en el de Laurens estos colgajos están orientados en sentido superoinferior y en el de Passow en sentido anteroposterior.

II. El Dr. Luc ha tenido ocasión de comparar dos métodos de curación que durante los últimos años vienen practicándose con bastante frecuencia en los vaciados de mastoides.

Uno, el método de Eemon, consiste en rellenar perfectamente la cavidad operatoria con ácido bórico bien pulverizado, y otro, el de Roy, consiste en emplear el taponamiento con gasas empapadas en vaselina líquida esterilizada. En un operado doble de matoides ha ensayado el Dr. Luc un sistema en el lado derecho y otro en el izquierdo, concluyendo de su experiencia lo siguiente:

« La regla de conducta en el tratamiento post operatorio debe ser: durante ocho ó diez días después de la operación, taponar con gasa yodoformada; intentar después el método de Eemon, y continuarlo si es bien soportado; pero en el caso contrario, sustituirlo temporalmente por el método de Roy, para volver al polvo de ácido bórico una vez pasada la irritación causada por su primera aplicación ».

III. En nuestro papel de informadores hemos de dar cuenta de todo aquello que en la esfera de nuestra especialidad pueda ocurrir con carácter de racional, aunque fuera un plagio ó tuviera carácter poco importante. A esta categoría realmente pertenece la innovación propuesta por Watson-Williams (de Bristol), para el tratamiento de la pansinúsitis facial.

Tratando de atacar varias cavidades perinasales á la vez, es claro que el mecanismo operatorio ha de aparecer dificultado, pues la posición topográfica de cada uno no se compagina bien con el establecimiento de una incisión única y una sola vía, resultando que si es muy conveniente, por ejemplo, para el seno frontal, no ofrece ventajas para explorar y tratar el seno esfenoidal. Esto hace que las incisiones sean extensas, que las resecciones óseas deban ser considerables y que la mutilación facial aparezca más tarde con caracteres de importancia.

En una de nuestras anteriores Revistas hemos tratado del procedimiento operatorio de Denker, en el que, incindiendo por encima de la encía, en la fosa canina, se llega al interior de la fosa nasal y se pueden tratar sinusitis y neoplasias que el autor extiende hasta el seno esfenoidal, pero que nosotros en nuestro juicio crítico limitamos á las zonas inferiores nasales. En este procedimiento se consigue el ideal de no producir deformidades faciales.

La rinotomía lateral de Moure, es verdad que alcanza con facilidad á la zona fronto-etmoido-esfenoidal, pero lo consigue á costa de una resección ósea variable de un propio de la nariz y de la apófisis ascendente del maxilar superior, de modo que una cicatriz deprimida puede ser el final de la intervención.

En el procedimiento operatorio de Watson-Williams, se forma un colgajo osteocutáneo, destinado á ser repuesto en la herida, con lo que la deformidad posterior resulta evitada.

Se practica una incisión preliminar á lo largo de la ceja, hasta la raíz de la nariz, descendiendo luego por fuera de la línea media. Se procede á tratar el seno frontal como en la trepanación ordinaria, levantando su pared anterior, pero huyendo de ejecutar un

Killian que el autor no parece aconsejar. Se practica luego una segunda incisión, á lo largo del borde interno é inferior de la órbita, poniendo á descubierto el saco lagrimal, que se aisla y se inclina hacia fuera, abriendo luego una vía en el conducto nasal. A través de la abertura de la nariz se introduce una sierra fina, haciéndola salir por el hueco lagrimal, seccionando la apófisis ascendente subcutáneamente y sin herir, por lo tanto, arterias nutricias, muy útiles después para la cicatrización del colgajo.

Una segunda sección con la sierra se ejecuta, pasándola desde la trepanación hasta la abertura de la región lagrimal, atacando el hueso de atrás á delante, dejando intactas las partes blandas.

Seccionando luego el hueso propio de la nariz en la línea media, siguiendo la primera incisión cutánea, tendremos formado un colgajo osteocutáneo, fácilmente reclinable hacia fuera, dando libre acceso al canal nasofrontal y consintiendo la exploración y tratamiento de la región etmoidomaxilar y esfenoidal.

La reposición inmediata del colgajo después del tratamiento quirúrgico de la pansinusitis, establece una cicatrización sin deformidades, lo que constituye la ventaja positiva del procedimiento.

En el mismo trabajo, que es una comunicación al Congreso internacional de Laringología de Viena, publica el autor un procedimiento que considera original para el cateterismo y tratamiento del seno esfenoidal. Consiste en introducir una sónda recta hasta la pared posterior del cavum, y siguiendo al tacto la pared, al modo como se practica el cateterismo de la trompa de Eustaquio, hasta alcanzar la bóveda y el reborde superior de la coana, hasta que, siguiendo esta dirección y guiados por el conocimiento anatómico, notamos que la sonda ha salvado un orificio y penetrado en una cavidad que no puede ser otra que el seno esfenoidal.

No es pintar como querer, y aunque este procedimiento convendría magníficamente para una fosa nasal en que las superficies estuvieran dispuestas como en una figura esquemática, hay que reconocer que esto, nos atrevemos á decir, que nunca sucede, pues el interior de una fosa nasal ofrece unos relieves de una disposición enormemente caprichosa, y á veces parece el caos. ¡Tal puede ser su irregularidad! De modo que todo plan basado en una forma prevista ha de fracasar seguramente.

Este procedimiento, además, no puede ser tachado de muy original, pues que es el mismo de Jacob, con la diferencia de que en éste sigue la sonda de delante á atrás, á lo largo del dorso nasal y la

bóveda de la fosa, suponiendo también, con la misma cándida iniciativa, que no encontrará en el camino ningún obstáculo que la desvíe, de manera que forzosamente ha de llegar al orificio esfenoidal. Después de todo, método por método, nos quedaríamos con el de Jacob.

IV. El Dr. Citelli (de Catania) ha comunicado al *XI Congreso de la Sociedad italiana de Otología*, el resultado obtenido con su procedimiento para la abolición de la cavidad frontal supurante, sin modificar la forma de la región.

Ha operado dos perros, rellenando la cavidad frontal con parafina fusible á 50°, después de haber trepanado la pared anterior y raspado la mucosa, siendo perfectamente tolerada la intervención.

En un tercer perro determina previamente una sinusitis experimental, y practica luego la intervención operatoria, obteniendo una curación completa de la supuración.

El autor recomienda, después de obtenida la asepsia posible de la cavidad, verter la parafina fundida con un embudo, procurando que rellene perfectamente la cavidad sin dejar hueco alguno que pueda ser fuente de granulación.

V. En el periódico inglés *The Lancet*, correspondiente al 13 de junio, aparece una publicación del Dr. Yonge sobre el tratamiento quirúrgico del asma de heno. En Inglaterra, la patria del *hay fever*, por la relativa abundancia de esta dolencia, es donde mejor podía hacerse una experimentación clínica semejante. El Dr. Yonge ha practicado con éxito la resección del nervio nasal, aunque debemos reconocer que el número de casos es todavía corto para poder afirmar la eficacia de la intervención.

El autor ha partido de una idea teórica racional; en el estado nornal, el nervio interno es la vía de conducción centrípeta al reflejo del estornudo, y también probablemente para la secreción y fenómenos vasomotores ocasionados por una excitación de la pituitaria en las regiones anteriores.

En el asma de heno, debe ser este mismo nervio el que conduzca las excitaciones que dan lugar al estornudo, á la hidrorrea nasal, á la vasodilatación y al ataque asmático; lo que explica, seguramente, los buenos efectos obtenidos con la cocainización y la cauterización galvánica de la región, debidos á la anestesia y destrucción de las terminaciones nerviosas del ramo sospechoso.

La operación ha sido practicada en un sujeto de cuarenta y cinco años que, desde hacía quince, sufría ataques asmáticos, juntamente

con coriza vasomotor, todas las primaveras, durando el ataque unas seis semanas. La operación fué practicada primeramente sobre el lado derecho, desapareciendo en él las crisis de obstrucción y de hidrorrea, teniendo el paciente la impresión de que su nariz se había duplicado. Practicada la resección también en el lado izquierdo, el éxito no pudo ser más satisfactorio, pues hasta el asma desapareció. En algunos otros casos, parece ser que el resultado ha sido igualmente satisfactorio.

La sección nerviosa recae sobre el tronco del nervio nasal, inmediatamente por delante de su división, á nivel del agujero etmoidal anterior. Se incinde la piel al nivel del borde interno de la órbita, comenzando por encima del ángulo interno y dirigiéndose arriba y fuera en la extensión de dos centímetros. Se denuda la parte interna de la bóveda orbitaria y la más elevada de la pared interna, y á una profundidad de 20 á 25 milímetros se encuentra el nervio nasal interno con la arteria etmoidal anterior, que penetran en el agujero etmoidal. La sección del nervio se practica inmediatamente por detrás de su entrada.

VI. Labor lenta ha sido la constitución del capítulo correspondiente á las enfermedades del esófago; pero hoy día, y principalmente merced á los progresos de la esofagoscopia, puede asegurarse que, si no está completo, no le falta mucho, pudiendo afirmar además que este progreso es debido á la especialidad laringológica; de manera que, en nuestras Revistas, como en las de todo el mundo, viene ocupando el esófogo un lugar cada día creciente. Actualmente, voy á ocuparme de un nuevo trabajo de Killian, en el que brilla la finura anatómica y la sagacidad de la deducción fisiológica. Me refiero á la publicación que, con numerosos grabados, ha hecho en los *Annales des maladies de l'oreille, du Larynx*, etc., número del mes de julio, con el título de la *boca del esófago*.

Partiendo de la clasificación anatómica de la faringe, en epi, meso é hipofaringe, concreta su atención el autor sobre esta región y principalmente sobre su círculo inferior, en que se establece la comunicación con el esófago. En tal punto es donde Killian encuentra la boca del esófago describiendo un esfínter comparable al cardias y al píloro. ¿Es exagerada esta afirmación? La observación posterior y el contraste de las ideas que puedan sucederse, dará la razón á quien la tenga; por el momento, puede afirmarse que las descripciones y las figuras anatómicas que presenta son lo suficientemente sugestivas para admitir sin repugnancia que, efectivamente, existe

una disposición que puede llamarse *boca del esófago*. La observación posterior, como decimos, definirá lo que pudiera haber de artificioso, si algo hubiera.

El examen superficial de la región en el vivo y en el cadáver, demuestra que la laringe, por su anillo cricoideo, se encuentra en inmediato contacto con la columna vertebral, de modo que las paredes opuestas del paso faringo-esofágico se encuentran adosadas.

El examen radiográfico ha permitido á Killian hacer la misma demostración.

El examen laringoscópico demuestra por detrás de la región aritenoidea la existencia de un intersticio transversal, que en el momento de la respiración es poco perceptible, pero que en los ensayos de fonación se hace más profundo, viéndose la mucosa por la parte posterior aritenoidea, por efecto de un cambio de la disposición del plano aritenoideo, que se hace algo oblicuo de arriba abajo y atrás. Pero siempre en el fondo del embudo que representa la parte inferior del hipofarinx, se nota de qué modo la mucosa que tapiza la parte posterior de la laringe, se encuentra en contacto con la columna vertebral.

Vamos á ver qué fuerzas son las que mantienen este contacto y lo que puede representar.

Se sabe que la laringe experimenta un movimiento de elevación en los ensayos de fonación, que es tanto mayor cuanto más aguda es la nota emitida; resultando en estos casos que se abre un tanto la parte inferior de la hipofaringe, dándose el caso de que Killian en algún caso ha podido ver hasta el anillo cricoideo. En esta situación, un corte sagital del hipofarinx ofrecerá la forma de un cono. Aún hay más; con el siguiente procedimiento llega el Dr. Killian á inspeccionar los dos tercios del anillo cricoideo. Si se atrae fuertemente la laringe hacia adelante con un retractor epiglótico, estando inclinada la cabeza adelante, apoyando al mismo tiempo la palanca que representa el retractor epiglótico contra los incisivos superiores, el espejo laríngeo aprecia los detalles de la mucosa que recubre la cara posterior del cricoides.

Pero de ningún modo se puede conseguir la separación de las paredes del hipofarinx por debajo de la zona señalada. Killian, en traqueotomizados, ha introducido un retractor por la herida traqueal, apoyándole por arriba detrás del armazón del cricoides, al propio tiempo que realizaba la maniobra laringoscópica que hemos apuntado, y no ha podido obtener que la mucosa cricoidea se sepa-

re de la pared posterior faríngea, habiendo resultado que esta última ha sido como atraída hacia adelante, cual si se despegaran de su pared formando una concavidad superior.

Combinando la tracción laríngea por la herida traqueal con la inspección por medio de un tubo esofagoscópico, ha podido asegurarse que el punto cerrado al nivel de la presión del anillo cricoideo, desaparece más abajo y no se extiende más de un centímetro.

Como quiera que determinadas influencias mecánicas consiguen establecer la separación de las paredes de la hipofaringe, pero en modo alguno de la porción más inferior, piensa Killian que esta zona es francamente esfinteriana.

Todas las presunciones fisiológicas están en favor de admitir una semejanza con el cardias, pues que al igual que éste, se abre y se cierra en el acto del paso del alimento. Eyckmann ha llegado á obtener fotografías instantáneas á la radioscopia, en el momento de la deglución de un bolo alimenticio mezclado con bismuto, notándose que en el momento de franquear la porción inferior del hipofarinx, la laringe aparece distanciada de la columna vertebral. El paso de una oliva por detrás del cricoides, es sabido que resulta más fácil en el momento de la deglución.

Los ensayos de hipofaringoscopia realizados intencionalmente por Killian, le han demostrado que la boca del esófago se abre en los esfuerzos del vómito, y lo que es más probante, ha podido determinar que en este punto se forma un relieve circular á modo de labio, pudiendo precisarse que no existe más que en la semicircunferencia posterior. Este labio no puede ser formado más que por la contracción de fibras musculares.

Estas ideas aparecen demostradas por los datos anatómicos que el autor presenta. Nótase en la parte inferior del constrictor inferior de la faringe, que se hacen notar una porción de fibras transversales que Killian llama *pars fundiformis*, naciendo lateralmente sobre el cricoides hasta su borde inferior, región donde se encuentra la boca del esófago, por lo que es racional suponer esta porción como el fundamento de la formación del esfínter.

Sería fuera de lugar el detallar las finuras anatómicas de la publicación de Killian, para cuya comprensión sería necesaria la inspección de las figuras, por lo que remitimos al lector que desee conocerlas al trabajo original.

Ciertas consideraciones de orden fisiológico que hace el autor apoyándose en los estudios gráficos de Zwaardemaker y Kindermann

sobre la deglución, no los encuentra interesantes para la comprobación que desea, pues en realidad nada significan, así como algunos de orden clínico. Parece como si el autor no estuviera bastante convencido de lo que le ha enseñado la anatomía y quisiera convencerse con razones de otra índole. Así, por ejemplo, el considerar la sensación de bolo histérico esofágico como dependiente muy particularmente de la contracción de la boca del esófago, nos parece completamente hipotético. Lo mismo puede decirse de la supuesta localización de ciertos espasmos esofágicos al esfínter, donde se contraerían particularmente las fibras frondiformes.

Apoyándose en los estudios de Kronecker y Meltzner sobre la facultad que tiene el glosofaríngeo de ser un nervio que puede detener el acto de la deglución una vez comenzado, supone el autor que este acto de detención se realiza particularmente por la contracción del esfínter esofágico, de donde resultaría que las substancias corrosivas, lo mismo que los cuerpos extraños, realizarían mayor influencia en la región cricoidea, donde los efectos cáusticos se notan más manifiestos y donde los cuerpos extraños suelen detenerse.

Termina su trabajo haciendo un bello estudio de los *diverticulos por pulsión* del hipofarinx, de los que ha estudiado siete casos durante los últimos años y que los relaciona con la existencia del esfínter esofágico, pues que todas las circunstancias de posición y estructura de la pared de estos diverticulos les hace considerar como dependientes de la resistencia que opone el esófago al nivel de su boca, de donde procederían estas dilataciones supraesfinterianas que, teniendo su entrada inmediatamente por encima, forman una cavidad que se aloja entre faringe y columna vertebral.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

De las hemorragias graves en la amigdalotomía y su tratamiento.—El doctor D. Manuel Cusí, Ayudante de la clínica del Dr. Botey, publica el siguiente artículo en los *Archivos de urología, laringología y otología*:

«La hemorragia tonsilar de alguna importancia tiene lugar, en la mayoría de casos, en individuos adultos, principalmente cuando se emplean

instrumentos cortantes, como el bisturí y el amigdalotomo. En los niños estas hemorragias son mucho menos frecuentes.

Estas hemorragias son debidas á que durante la operación se hiere un vaso de algún calibre, pero nunca la carótida.

La arteria tonsilar, rama de la faríngea ascendente, es el vaso principal de la amígdala, aunque la palatina ascendente, rama de la lingual, ocupe algunas veces su lugar.

La arteria tonsilar pasa por encima, en la parte externa del constrictor superior que atraviesa, da generalmente dos ó tres ramitas á la amígdala y al velo del paladar.

La palatina, otra rama de la lingual, envía también dos ó tres ramitas á la amígdala cerca del constrictor superior.

La faríngea ascendente pasa también por encima y por fuera del constrictor superior, y cuando la palatina ascendente es pequeña, proporciona una rama tonsilar bastante gruesa, que si se hiere, da una fuerte hemorragia difícil de cohibir.

Pero la dorsal de la lengua da también algunas ramillas arteriales á la tonsila y á los pilares, y lo mismo acontece con la palatina posterior, rama de la maxilar interna.

La hemorragia después de la amigdalotomía es, pues, debida á la sección de estos diferentes vasitos arteriales. El peligro de la hemorragia es, sin duda, el único punto negro de la operación.

Hemos observado, en la clínica del Dr. Botey, nuestro maestro, que el lugar más frecuente de las hemorragias es la porción del nicho de la amígdala en que la arteria tonsilar atraviesa el constrictor superior. Los otros puntos de hemorragia se hallan en la porción inferior del nicho de la amígdala y también en los pilares anterior y posterior.

Tanto la tonsilar como la palatina y la faríngea ascendente se dividen siempre en ramitas antes de penetrar dentro de la amígdala; por lo tanto, la hemorragia no es nunca debida á la sección de estos vasos, sino á la de las ramas que dan, las que cuanto más pequeñas son, menos seria será la hemorragia.

Por lo tanto, si estas ramitas se seccionan cuando penetran en la cápsula de la amígdala, el peligro de hemorragia quedará reducido al mínimum, lo que sucede con mucha frecuencia; pero si las seccionamos sobre la cara externa del constrictor superior, antes de la división en ramas más pequeñas, el peligro de hemorragia será grande. Esto quiere decir que no se debe herir nunca el constricior superior.

En cuanto á los pilares anterior y posterior, no hay que olvidar que tienen ramas arteriales que se dirigen hacia arriba y lo atraviesan, pero son muy pequeñas; los troncos principales se encuentran por fuera del gloso-estafilino y por fuera, también, del faringo-estafilino. Evitemos, pues, con cuidado el herir los músculos que limitan el nicho de la amígdala, principalmente el constrictor superior y los gloso y faringo-estafilinos.

Pero si esta hemorragia se presenta, ¿qué es lo que tenemos que hacer?

Es harto sabido que toda operación de amigdalotomía va seguida de pérdida de sangre, la cual dura tres ó cuatro minutos. Si pasados éstos continúa saliendo sangre, hay que estar alerta, pues puede existir peligro.

La hemorragia que sobreviene después de la amigdalotomía puede ser *inmediata* ó *secundaria*: esta última tiene lugar al desprenderse la escara; al cuarto, quinto ó sexto día de la operación, es poco frecuente y poco abundante.

La hemorragia inmediata es la realmente importante, siendo la que más nos interesa. Esta se traduce por uno ó dos pequeños chorritos filiformes de sangre que caen pulsando dentro el fondo de la boca, ó bien por una continua salida de sangre, sin chorro de ninguna clase.

Lo primero que hay que hacer, en semejantes trances, es no perder la serenidad para no espantar al enfermo.

Se le harán tomar continuamente trocitos de hielo, si la sangre no sale á chorro, y se rodeará el cuello del enfermo con hielo envuelto dentro de una franela.

Si no basta dejaremos aparte el clásico percloruro de hierro, para utilizar el agua oxigenada á 10 ó 12 volúmenes, la antipirina al 40 ó 50 por 100 ó el clorhidrato de adrenalina al milésimo. Una torunda de algodón mojada con uno de estos líquidos y sostenida al extremo de una pinza, se encarga de obrar sobre el punto que sangra, renovando la torunda varias veces.

Cuando estos medios no dan resultado se empleará la compresión. Para esto existen varios procedimientos.

El *pellizcamiento* con una pinza hemostática (de Kocher) está bien indicado cuando la sangre sale en forma de chorro. Se pellizca la arteriola, el pilar y se mantiene la pinza dentro de la boca durante varios minutos ó varias horas.

El *taponamiento* del nicho amigdalar es á veces posible. Se toma una torunda de gasa seca ó mojada en líquido hemostático y se mete en el vacío con la pinza ó con los dedos.

La *compresión de la carótida* detrás del borde anterior del músculo esternomastoideo es un medio que puede ser útil.

La *compresión directa* con dos pinzas de Pean es un medio excelente. Para efectuarlo se coge con una pinza el pilar anterior, y con otra y á la misma altura, el pilar posterior; se aproximan las extremidades de las pinzas, como si quisiéramos afrontar el borde libre de los dos pilares y reunirlos para coserlos. Hecho esto, una tercera pinza pellizca con fuerza y en todo su grosor á los dos pilares. Por debajo de ésta se coloca otra y se dejan estar las dos pinzas dentro de la boca.

Si este medio, utilizado con éxito en la clínica del Dr. Botey, medio que tiene el mérito de ser sencillo, no daba resultado, se puede usar el compresor de Ricard ó la ligadura del muñón tonsilar, ligadura, sin embargo, algo insegura y difícil.

He visto usar en la clínica del Dr. R. Botey, con gran resultado en semejantes casos, la *sutura de los pilares*.

El enfermo (sentado ó echado) tiene puesto el abrebocas y la lengua bajada. Con una aguja enhebrada se atraviesan de atrás adelante los pilares posterior y anterior un poco por debajo del velo del paladar. Se ata el hilo fuertemente con la punta de los dedos índices, metidos hasta los pilares. Si continúa saliendo sangre se hace otra sutura igual, un poco más inferiormente, y en último extremo, si no bastare, se coloca un trozo

de gasa del grosor del dedo pequeño y de 2 ó 3 centímetros de longitud, de arriba abajo en el nicho amigdalar y por detrás de las suturas hasta la fosa tonsilar.

Entonces es casi seguro que la hemorragia cesa del todo.

Después se da al enfermo hielo para calmar el dolor.

En cuanto al taponamiento total de la faringe previa traqueotomía, y á la ligadura de la carótida externa, son recursos extremos á los que no se debe recurrir casi nunca si se sabe hacer la compresión directa con las pinzas de Pean y la ligadura de los pilares descripta, que constituyen los dos medios más eficaces para cohibir las hemorragias graves consecutivas á la amigdalotomía». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

X sesión celebrada en Ginebra del 3 al 5 de Septiembre de 1908.

(Conclusión)

Punción lumbar en las dermatosis pruriginosas.—El Dr. G. THIBIERGE: He estudiado desde hace varios años los efectos de la punción lumbar en más de 200 casos de dermatosis pruriginosas.

En el liquen de Wilson (liquen plano) el prurito es modificado con rapidez y puede desaparecer por completo en pocas horas; su desaparición va acompañada de resolución de los elementos eruptivos. Este efecto es tanto más rápido y completo, cuanto más pronto se practica la punción y más rápida é intensa es la marcha del liquen. En las formas crónicas papilomatosas y verrugosas, el efecto puede ser casi nulo.

En el liquen circunscripto la punción produce resultados favorables, aunque felices.

En los prurigos diatésicos de Bernier los resultados son también variables, unas veces típicos y favorabilísimos, otras casi nulos. Son tanto mejores, cuanto más reciente es la afección.

En los pruritos localizados alrededor de los orificios, los resultados son también inconstantes.

Los pruritos asociados al psoriasis y á los eczemas crónicos secos, curan á veces rápidamente por la punción.

En las urticarias agudas y crónicas, en la dermatitis herpetiforme de Duhring, la punción lumbar no produce resultado alguno.

La punción lumbar puede ser considerada en general como indicada en

las afecciones pruriginosas que impiden el sueño. En los casos favorables permite curar á los enfermos sin medicación auxiliar.

La cantidad de líquido cefalorraquídeo que debe extraerse no excederá de 6 á 8 cent. cúb. Cuando es preciso repetir la punción más de dos ó tres veces, no se obtiene, en general, efecto alguno.

La acción favorable de la punción lumbar no debe atribuirse á la sugestión, contra la que se han adoptado todo género de precauciones en la mayor parte de los casos. Tampoco debe atribuirse á la descompresión de los centros nerviosos. Depende, al parecer, de las modificaciones producidas por la punción en toda la economía, verdaderamente por el intermedio de los vasomotores, modificaciones entre las que figura una hiperglobulia transitoria (Ravaut y Pagniez).

Patogenia y tratamiento de las seborreides. — El Dr. Hallopeau: Estas afecciones figuran entre aquéllas en las que los medios terapéuticos están lógicamente subordinados á las indicaciones deducidas de la patogenia.

Sus elementos esenciales son los siguientes: hipersecreción de grasa, desarrollo en los cuerpos grasos, estancados y alterados, de microbios que encuentran en ellos un terreno favorable, y en particular, el bacilo fino de Unna; alteración secundaria en la nutrición de la piel y distrofia con caída más ó menos precoz y abundante del pelo.

El exceso de substancia grasa depende de causas múltiples. En primer lugar, una alimentación muy abundante en substancias hidrocarbonadas; puede también invocarse la vida ociosa, cuyo corolario es la insuficiencia de las combustiones, así como la costumbre de llevar el cabello muy corto; la cantidad de substancia sebácea destinada á los cabellos largos resulta superabundante para los cortos; la seborrea es, en efecto, menos frecuente en la mujer que en el hombre.

Se ha invocado otra causa de la alopecia, la compresión circular ejercida en el hombre por el sombrero y la anemia local que resulta. Pero la alopecia debería estar limitada á la zona comprimida.

La terapéutica debe combatir la hipersecreción de cuerpos grasos, separarlos, destruir los microbios y combatir las inflamaciones secundarias. Para obtener estos resultados es necesario: 1.°, reducir lo más posible la ingestión de los alimentos grasos y feculentos; 2.°, separar el exceso de grasa por jabonaduras con agua muy caliente seguida de locciones con el tetracloruro de carbono purificado; 3.°, llevar los cabellos más largos, proposición casi paradógica, y 4.°, hacer cada dos días una fricción con una preparación á base de azufre ó de thiol diluído ó disuelto en agua alcoholizada.

Composición de las substancias lipoides del organismo y su papel defensivo contra las infecciones. — Los Dres. Gerard, Lemoine y Leulier: Se da, en general, el nombre de substancia lipoide á la mezcla de los productos extraídos de los tejidos y de los órganos tratados por el éter. Estos lipoides se hallan formados por cuerpos grasos, fosfátides y compuestos colestéricos.

La gran difusión en el organismo de las substancias lipoides y en particular de su componente, los compuestos colestéricos, es un hecho perfectamente demostrado. Si se relaciona la acción antihemolítica y la antitóxica

de la colesterina con las ideas nuevas referentes á la degeneración grasosa de ciertos órganos en las intoxicaciones, se saca la conclusión de que el papel de los cuerpos lipoides es, sobre todo, un papel de defensa que utiliza nuestro organismo para luchar contra todas las intoxicaciones. La degeneración grasosa no es el signo de una distinción de las células de un órgano, sino, por el contrario, una especie de movilización de la materia grasa hacia el órgano invadido por el veneno y constituye un medio de defensa del organismo contra la intoxicación.

Acción bacteriolítica de ciertos cuerpos extraídos de los lipoides biliares.—El Dr. Lemoine: Las lesiones tuberculosas cuando curan lo hacen en general por un proceso cicatrizal relacionado con el desarrollo del tejido conjuntivo. Se admite que en muchos casos los nódulos tuberculosos se enquistan en un caparazón fibroso, quedando vivos los bacilos en medio de la lesión separada así del resto del organismo. Al lado de este modo de cicatrización existe otro que consiste sobre todo en la desaparición gradual de los bacilos tuberculosos sin modificación de las superficies sobre las que viven. Es un proceso que he observado en los tísicos tratados por los productos extraídos de los lipoides biliares.

Algunos enfermos ven mejorar su estado general de un modo notable, á la vez que los bacilos desaparecen totalmente de sus esputos, aunque los signos de auscultación apenas se modifican. Esta desaparición de los bacilos que conduce, en resumen, á la curación de la enfermedad, sólo puede explicarse por los fenómenos de osmonocividad. Permite suponerlo la desaparición rápida de las lesiones tuberculosas de la laringe y del lupus de la piel cuando se aplica directamente sobre ellas los extractos biliares.

Cómo mueren los neumónicos ancianos.—Los Dres. Etienne y Perrin: Las investigaciones hematológicas practicadas en 14 ancianos á propósito de la resistencia de su corazón, nos han permitido sacar las conclusiones siguientes:

El anciano reacciona, desde el punto de vista leucocitario, igual que el adulto y en proporciones análogas, pero su corazón, afectado de cardioesclerosis, flaquea antes que el adulto. Muchos ancianos, después de haberse defendido contra la infección, sucumben á los accidentes cardíacos (7 de los 14 casos). Las reacciones leucocitarias pasan, por consiguiente, á segundo término, al calcular el pronóstico de la neumonía senil.

El estado del corazón y el del sistema circulatorio en general es el que rige el pronóstico, axioma clínico que prueba una vez más los hechos estudiados. De aquí la consecuencia práctica de que en el anciano, más todavía que en el adulto, es necesario instituir, desde el principio de la neumonía, la medicación tónica cardíaca preventiva.

Investigaciones experimentales sobre los trastornos cardíacos en la fiebre tifoidea.—El Dr. F. Arloing: Entre las hipótesis emitidas para explicar la frecuencia insólita de los trastornos cardíacos durante ciertas epidemias tíficas, se ha preguntado si las infecciones asociadas al tifus (estafilococia, estreptococia, etc.) podrían ayudar á la realización de esta forma cardíaca la infección eberthiana.

Hemos estudiado de una manera especial, por medio del método gráfico, las consecuencias de una infección mixta tifoestafilocócica. La toxina tífi-

ca ha producido en el perro accidentes cardíacos acentuados que pueden llegar hasta la parálisis del corazón en diástole, así que puede decirse que ejerce una acción más cardíaca que vascular. En cambio la toxina estafilocócica obra más sobre los vasos y produce la vasodilatación con descenso de la tensión.

Cuando en el mismo animal se hacen inyecciones alternas de las dos toxinas, cada una de ellas conserva primero sus efectos propios; después, el envenenamiento adquiere un carácter mixto que participa de las acciones de ambos venenos. Finalmente, la intoxicación producida con una mezcla previa, *in vitro*, de las toxinas, origina manifestaciones más vasculares que cardíacas; la estafilotoxina predomina, al parecer, sobre la tifotoxina. La infección asociada tifoestafilocócica no agrava, pues, los trastornos cardíacos producidos normalmente por la acción de los productos solubles del bacilo tífico.

Tratamiento de la blenorragia por la asociación de los nitratos de plata y de zinc.—Los Dres. Balzer y Tansard: Recomendamos contra la blenorragia la solución siguiente:

Nitrato de plata.....	aa 50 centígramos.
— de zinc.....	
Agua destilada.....	100 gramos.

Mezclar 10 cent. cúb. de esta solución en un litro de agua destilada tibia para hacer un lavado cotidiano de la uretra según el método de Janet. Este lavado produce un dolor tolerable y que dura de quince á veinte minutos. No se observa trastorno ni irritación alguna de la parte posterior de la uretra ó de la vejiga ni complicación de ningún género. Hemos tratado así casos complicados con orquitis y prostatitis.

En la blenorragia aguda se obtiene la curación, por término medio, con 17 lavados. En la blenorragia crónica, los resultados obtenidos son también excelentes: curación con 18 lavados por término medio.

Para la blenorragia aguda de la parte anterior de la uretra, basta un lavado diario asociado con las inyecciones de protargol. El derrame disminuye con rapidez á causa del efecto astringente de las dos sales de plata y de zinc y se obtiene la curación rápida; á veces se consigue hacer abortar la blenorragia. Para la blenorragia crónica, con un lavado diario disminuyen rápidamente el derrame y los filamentos. El nitrato de zinc favorece la penetración del de plata.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.

Naturaleza de los procesos cancerosos.—El Dr. *Roswell Park* (de Bufalo), fundándose en los argumentos experimentales y clínicos emitidos por los partidarios de las teorías del *cáncer, enfermedad específica é infecciosa*, cree que todos los cirujanos deben adoptar esta teoría, que responde á la reali-

dad de los hechos. El origen y la marcha del cáncer ¿no simulan una enfermedad infecciosa crónica? Las células ¿no se generalizan á la manera de un agente infeccioso?

Las consecuencias que resultan de esta manera de ver son, ante todo, que existen una *profilaxia del cáncer*. Es preciso adoptar contra él, como contra toda enfermedad infecciosa, medidas higiénicas severas, sobre todo cuando ha llegado al período ulceroso. La cremación debe sustituir á la inhumación, y todos los objetos de las curas manchados y las deyecciones deben quemarse. Las habitaciones y las casas donde habitan cancerosos necesitan ser desinfectadas.

Desde el punto de vista *terapéutico* puede considerarse cómo demostrado que el cáncer es una infección esencialmente local, al menos en su principio, que se generaliza con mayor ó menor rapidez y de una manera variable en extremo, según los individuos y la variedad de tumores. Si se diagnostica el cáncer cuando está perfectamente localizado, y si puede hacerse su ablación á la vez que la del tejido inmediato en gran extensión, es una enfermedad curable, según demuestra el gran número de curaciones definitivas obtenidas con las intervenciones precoces y extensas de los cánceres más diversos.

Por desgracia, á menos que las lesiones cancerosas sean visibles ó palpables, nada las distingue de otras lesiones infecciosas, sobre todo al principio; el cáncer es una enfermedad que no tiene sintomatología propia y que no se conoce hasta que es ya demasiado tarde para recurrir á una operación radical. Sin embargo, la intervención quirúrgica es el único medio en el que puede tenerse confianza, hasta que dispongamos de un medio susceptible de influir sobre el tumor parásito y de destruir el germen del cáncer sin necesidad de extipar los tejidos inmediatos en mayor ó menor extensión.

El Dr. *Gluck* (de Berlín) presentó cuatro enfermos que ha operado por cáncer de la laringe. El primero, operado hace tres años y medio, sufrió la hemilaringectomía parcial con laringoplastia consecutiva. No le queda más que una pequeña boca cutánea y habla en alta voz de un modo casi normal. El segundo, operado hace un año, ha sufrido la laringectomía total. No lleva cánula porque no tiene retracción cicatrizal de la boca traqueal; deglute bien y tiene voz laríngea que le permite hacerse entender lo suficiente. El tercero, operado hace un año, ha sufrido la laringectomía parcial muy extensa, que comprende los $^2/_3$ de la laringe; lleva un aparato que le permite hablar en alta voz. Se propone practicar después la laringoplastia, para que quede una pequeña abertura laríngea que le permita hablar sin aparato. El cuarto fué operado hace seis años; se encontraba en un estado lamentable (fiebre, hemorragias, enflaquecimiento considerable, 54 kilogramos). Se le extirpó no sólo la laringe, sino la faringe y una parte del esófago, á la vez que un segmento de la vena yugular y un grueso paquete ganglionar. Lleva una faringe y un esófago artificiales, una pequeña boca traqueal; deglute muy bien, se hace entender lo suficiente y ha engordado bastante.

El Dr. *Sykoff* (de Moscou) recordó, á propósito del tratamiento general del cáncer, los resultados obtenidos con la hiperemia venosa (ventosación)

en los cánceres superficiales ulcerados. Con este medio se hacen salir de los espacios linfáticos, á la vez que la linfa y los glóbulos blancos, las células cancerosas infiltradas en dichos espacios, y como estas células no pueden vivir en un espacio privado de oxígeno, y con la ventosa se aspira también el oxígeno contenido en la sangre, están condenadas á la destrucción cierta. A las 12 ó 15 sesiones se ve la úlcera cancerosa convertirse en ulcera simple, y cicatrizar después con rapidez. Este medio puede combinarse con la radioterapia, y así su acción es más enérgica.

El Dr. *Sticker* (de Berlín), contestando á la afirmación hecha para probar el carácter contagioso del cáncer, de que se ha conseguido inocular el cáncer humano á los animales, dijo que lo que se obtiene así no son cánceres, sino vulgares granulomas, análogos á los que se desarrollan alrededor de todos los cuerpos extraños introducidos en los tejidos. Estos granulomas tardan poco en absorberse, y sólo en casos excepcionales persisten más ó menos tiempo, y pueden simular un ingerto canceroso. Ha hecho más de 500 inoculaciones de cáncer humano á los animales sin conseguir obtener una sola vez cáncer verdadero. Hasta que no se encuentre el agente ó los agentes específicos de los cánceres—porque como dice muy bien Borrel, no hay un cáncer, sino cánceres—no puede sostenerse de un modo serio la naturaleza infecciosa y contagiosa de esta afección.

Tratamiento del cáncer de los labios. — El Dr. I. Von Bonsdorff (de Helsinfors): El cáncer de los labios, en la mayor parte de los casos, ocupa el labio inferior; en el superior sólo se observa en 5 á 6 por 100 de los enfermos. El tratamiento y los procedimientos operatorios son idénticos en ambos casos.

Sin negar la posibilidad de las curaciones durables de cáncer de los labios obtenidas por la acción de diversos agentes físicos ó químicos: cáusticos diversos, radio, rayos X, no es menos cierto que el tratamiento preferible de éste como de todos los cánceres accesibles, es el quirúrgico. Pero para que produzca los resultados que hay derecho á esperar de él, es preciso practicar siempre *á la vez que la ablación extensa del tumor el raspado metódico del tejido celular de ambos lados del cuello*, porque la experiencia ha demostrado que la recidiva se produce, casi siempre, no en la cicatriz, sino en uno ó en otro de los grupos ganglionares del cuello, tributarios de los linfáticos de los labios, bien en el mismo lado ó en el opuesto, aunque al operar la palpación minuciosa de estas regiones no revele la existencia de una hipertrofia ganglionar apreciable.

Creo que la operación debe practicarse en dos sesiones separadas por un intervalo de algunos días.

1.° En la primera sesión se procede á *extirpar los ganglios*. Se hace primero á cada lado del cuello una incisión debajo del borde inferior de la mandíbula y paralela á ésta; después se practica otra segunda incisión que parte de la primera á la altura de la apófisis mastoides y sigue el borde del esternomastoideo hasta su inserción esternal; finalmente, cuando sea preciso, otra tercera incisión que principia en la extremidad inferior de la segunda y se dirige hacia fuera á lo largo de la clavícula. Gracias á estas incisiones es posible extirpar no sólo los ganglios submaxilares y submentonianos y la cadena ganglionar profunda situada á lo largo de los vasos

gruesos del cuello, debajo del músculo esternocleidomastoideo, sino también los de la fosa supraclavicular.

2.° En la segunda sesión se procede á la *ablación de la neoplasia.* En este caso no puede seguirse una técnica particular; es preciso extirpar extensamente el tumor, sin preocuparse de la extensión de tejidos que deben resecarse. Siempre será fácil después reparar la pérdida de substancia del labio por cualquier método autoplástico.

¿Cuáles son los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de los labios comprendido así? En mortalidad operatoria es muy pequeña: de 1 á 2 por 100 á lo más en las operaciones practicadas en estos años últimos. La muerte es debida principalmente á complicaciones cardíacas y pulmonares.

Cuanto á los resultados lejanos, he aquí las cifras de las estadísticas reunidas de Steiner, Armknecht y Ebel, que comprenden 154 casos: sin recidiva á los tres años, 81'78 por 100; muertos por recidiva, 19'22 por 100. El estudio de las diferentes estadísticas publicadas en estos últimos cuarenta años, enseña que los resultados van mejorando sin cesar desde que los cirujanos procuran extirpar cada vez más extensamente los ganglios regionales. El 90 por 100 de las recidivas sobrevienen antes de fines del tercer año. Estas recidivas, operadas de nuevo, dan en el 20 por 100 de los casos una nueva curación, cuando menos de tres años. De modo que, en resumen, puede afirmarse que en el 80 por 100 de los casos los métodos de extirpación actuales del cáncer de los labios permite obtener la curación durable.

Cáncer de los labios.—El Dr. Ribera y Sans (de Madrid): Comprende mi estadística 97 tumores malignos de los labios; de ellos son 96 epiteliomas y un caso de sarcoma del labio superior, observación notable porque al recidivar, recidivó en epitelioma. Insistiré en este hecho.

Pertenecen al labio inferior, 79; de ellos 73 hombres y 6 mujeres; hay 8 observaciones de epiteliomas del labio superior (6 hombres y 2 mujeres); 5 de labio y comisura (4 hombres y 1 mujer), y 3 que comprenden el labio superior é inferior.

En cuanto á la edad nada de particular se debe hacer notar: la mayoría de las observaciones se refieren á individuos de cincuenta á sesenta años, 27 casos; de sesenta á setenta, 27; de cuarenta á cincuenta, 17; de setenta á ochenta, 14; tres casos de treinta á cuarenta años; 1 de treinta y un años; 1 de treinta y uno; 1 de veinticinco; 1 de ochenta, y, por último, una observación de epitelioma del labio inferior en un niño de siete años. El sarcoma pertenecía á un niño de quince años.

El examen de los antecedentes hereditarios da los siguientes datos: uno de los enfermos tuvo un hermano canceroso; otro su padre, y un tercero padre y hermano cancerosos.

En un caso el epitelioma se desarrolló en un individuo que tenía macroquilia; en otra observación una erisipela dejó una grieta en el labio y éste fué el punto inicial de la evolución del cáncer. Y á propósito de la erisipela debo hacer mención de dos observaciones, en las cuales el desarrollo de la erisipela fué causa del crecimiento rapidísimo del epitelioma del labio.

Y viene ahora la cuestión debatida de la acción del tabaco; en la inmen-

sa mayoría de los casos se trata de fumadores, hasta el punto que de los hombres sólo tres no fumaban; pero hay un grupo constituído por 26 observaciones, en las cuales no se trata de fumadores, sino de grandes fumadores, con una particularidad interesante que debo indicar, y es la costumbre, muy extendida entre la clase obrera, de apurar el cigarro, y no sólo apurarlo, sino dejar la colilla pegada al labio y sostenerla allí hasta que se acaba el cigarro, de lo cual resultan pequeñas quemaduras que, á mi entender, tienen tanto ó más valor que la acción del tabaco para el desarrollo del epitelioma en el punto en donde se deja pegado el cigarro. Y este es el único hecho positivo referente á la etiología del epitelioma de los labios; sin embargo, no debo por menos de hacer mención de un hecho. No cabe duda que en gran número de casos principia la lesión en forma de papiloma ó de una simple fisura, hecho que sería insignificante si un tratamiento intempestivo no perturbara su marcha: así resulta que, en 12 de las observaciones, se hace constar la influencia desastrosa de las cauterizaciones repetidas con el nitrato de plata; en una, con el sulfato de cobre; en dos, se nota la costumbre de los enfermos de morderse los labios, y ya he indicado el crecimiento rápido en dos casos á consecuencia del desarrollo de una erisipela; pero siempre resulta este hecho: que tanto para la aparición como para el crecimiento, no podemos invocar más hechos conocidos que el valor del traumatismo de orden químico y térmico (tumor y quemadura) como causa productora inicial, de orden químico y mecánico, para explicar en muchos casos el desarrollo rápido; pero en todos ellos siempre y únicamente el hecho traumático; los demás agentes, si existen, son perfectamente desconocidos, hipótesis y nada más que hipótesis. Debo hacer mención, como contraste con lo que ocurre con la lengua, que en ninguna observación de epitelioma de labio he encontrado leucoplasias, y si alguna vez he visto asociada la sífilis al epitelioma, ha sido la unión del accidente primitivo con el epitelioma, hecho por otra parte excepcional, pues sólo recuerdo una observación que no figura en mi estadística por no haber sido operado por mí.

El epitelioma de los labios es una de las formas, ó por mejor decir, de las localizaciones que permanece durante más tiempo como hecho local, hasta el punto que de 97 casos sólo en 37 se encontraban afectos los ganglios submaxilares, y dada la situación de éstos, no se puede objetar que pudieran pasar inadvertidos, sino que hay que convenir que no existen en gran número de casos, hecho del mayor interés para el tratamiento y el pronóstico de esta localización del epitelioma; y conviene insistir en este hecho porque en él se funda principalmente la conducta que debemos seguir en la extirpación de estos tumores, y si bien la regla es la necesidad de extirpar todo lo enfermo, no debemos tampoco, fundándonos en datos teóricos, aconsejar constantemente las operaciones demoledoras y enormes que se aconsejan por algunos para perseguir los ganglios hasta sus últimos límites, existan ó no existan. Conviene también indicar un hecho: la extirpación del tumor, de los linfáticos que de él emergen y de los ganglios, es una concepción teórica irrealizable: podemos extirpar tumor y extirpar los ganglios, debemos hacer caso omiso de los linfáticos; por fortuna la experiencia demuestra que esto basta, y yo que he visto recidivas al nivel del tu-

mor y de los ganglios, no he visto ninguna en el trayecto de los linfáticos, porque afortunadamente los vasos sólo sirven para el transporte, siendo excepcional que en ellos se ingerte la célula epitelial al emigrar. Y he ahí cómo queda con estos hechos planteado de una manera racional el problema terapéutico.

Hay que dividir el epitelioma de los labios en varios grupos: comprende el primero el número más numeroso, en los cuales el epitelioma pequeño no exige más que una extirpación en V, sin que se observen infartos submaxilares; en otro grupo se deben comprender los casos en los cuales bastando la incisión en V, hay á la vez ganglios submaxilares que exigen una incisión submaxilar; en el tercer grupo cánceres externos que exigen autoplastias regladas; y por último, queda un grupo de epiteliomas, que ya por su extensión, ó por su situación, ó por sus relaciones, necesitan operaciones no regladas.

Comprende el primer grupo 43 observaciones, es decir, casi la mitad de las observaciones; la operación no ha podido ser más sencilla; los resultados, por regla general, no han podido ser más satisfactorios. Como es de suponer, dada la insignificancia del trauma, los resultados de la operación, como hechos post operatorios, no han podido ser más excelentes. En los resultados definitivos sólo debo hacer mención de pocas reproducciones en el sentido estricto de la palabra, pero sí de algunos hechos que para mí no se pueden calificar de reproducciones, sino de nuevos epiteliomas sin relación alguna con el primitivo.

Hay que explicar el concepto: en 1889 operé de un epitelioma de labio á un individuo; hace seis tuve que operarle un epitelioma del ángulo interno del ojo; vive en la actualidad, no presenta el menor trastorno; para completar la historia de este enfermo, diré que en 1900 le extirpé un bocio coloideo retroesternal. No creo que á nadie se le puede ocurrir considerar el epitelioma del ángulo interno del ojo como recidiva á los trece años del epitelioma del labio.

Otro hecho he observado bastante análogo: epitelioma del labio inferior; extirpación; curación. A los trece años, epitelioma preauricular, que extirpé, curando el enfermo, que murió de viejo, sin la menor señal de recidiva ni en una ni en otra cicatriz.

En este grupo se han observado las recidivas siguientes:

Individuo de sesenta y un años: operación en mayo de 1897. No tiene el menor trastorno hasta octubre de 1900, es decir, curación de más de tres años. Recidiva; sin infartos; operación en 25 de febrero de 1901. Curación.

Hombre de cincuenta años. Epitelioma del labio inferior. Extirpación en V en 15 de febrero de 1898. Seis meses bien; entonces advierte tumores submaxilares; 25 de febrero de 1899. La cicatriz del labio es perfecta. Extirpación de las dos glándulas submaxilares y ganglios submaxilares.

Sale de la Clínica completamente curado.

Hombre de sesenta y nueve años. Epitelioma del labio inferior con adherencia al maxilar. Extirpación, siendo preciso raspar el maxilar.

Sale de la Clínica con señales claras de reproducción.

Hermana de la Caridad, cuarenta años. Epitelioma muy pequeño del la-

bio inferior; extirpación en V en junio de 1904. Recidiva rápida y completamente local, pero que mata á la enferma.

La siguiente observación es muy curiosa. Mujer de cincuenta y dos años. Hace unos meses fué operada de un epitelioma, dice, muy pequeño. Al examinarla se nota un tumor del tamaño de un garbanzo en el labio superior. Extirpación el 28 de octubre de 1905. Recidiva y nuevas operaciones en abril y diciembre de 1906. En enero de 1907 el tumor es como una nuez

Fig. 1. — Procedimiento de Guarnerio.

y abraza á más del labio superior el ala de la nariz y se dirige á la región malar: extirpación y autoplastia extensa. Nueva reproducción, invadido ya parte del maxilar superior; extirpación, resección, autoplastia. El tumor sigue, ha dado ya origen á hemorragias y no es posible hacer nada. Hecho notable: no ha habido ninguna adenopatía.

Comprende el segundo grupo de hechos los casos en los cuales la intervención ha consistido en la extirpación del epitelioma con incisión submaxilar, independiente para la extirpación de los ganglios submaxilares. Son

10 observaciones con 9 curados y una recidiva. Uno de los curados había sido ya operado, con recidiva á los cuatro meses y crecimiento del tumor; la extirpación de éste y de unos pequeños ganglios submaxilares, fué seguida de curación.

El segundo hecho es algo más complejo, porque existe en él un elemento etiológico de gran valor; se trataba de un epitelioma de la comisura y carrillo derechos, con ganglios submaxilares y manchas leucoplásicas en el

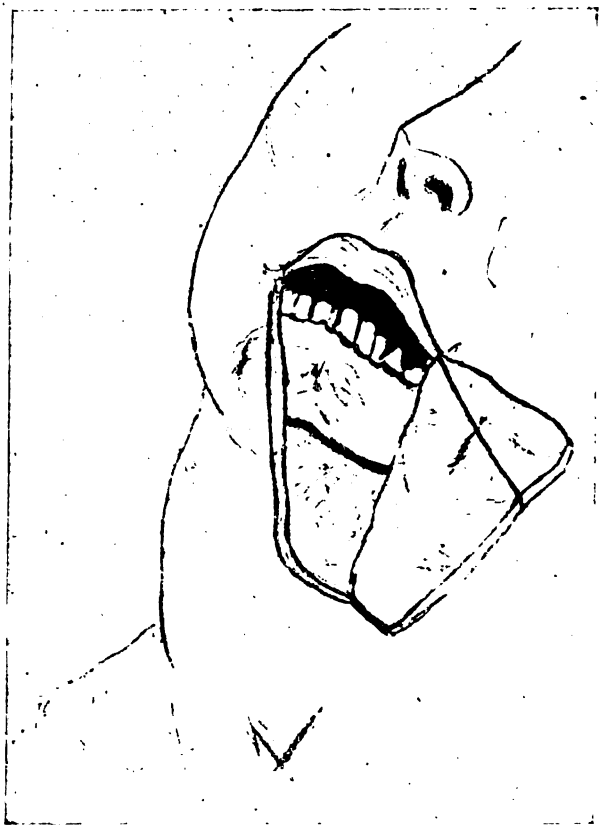


Fig. 2. — Procedimiento de Guarnerio.

carrillo: extirpación del epitelioma y de los ganglios. Recidiva rápida en ganglios y glándulas submaxilares; además no se había obtenido la reunión de los bordes de la incisión en >, que se hizo para extirpar el epitelioma. Este resultado, unido á la existencia de leucoplasias y á algún antecedente dudoso, hace sospechar si se trataría de un enfermo sifilítico.

Las observaciones más interesantes son aquellas en las cuales las operaciones hechas para extirpar el epitelioma y restaurar los labios, sirven á la vez para la extirpación de los ganglios submaxilares. Constituye este gru-

po, si no la mayoría, una proporción notable de epiteliomas más ó menos extensos, pero no susceptibles de extirpación en V, acompañados de ganglios submaxilares. No debieran ser tan frecuentes estos hechos, dada la localización del epitelioma, que hace posible, si no el diagnóstico de la naturaleza en sus comienzos, sí el de la lesión; y este hecho, que explica el que buen número de casos se presenten á la observación del cirujano en sus primeros períodos, cuando todavía no hay adenopatías, lo cual explica á su vez los buenos resultados que se obtienen con la extirpación sólo del epitelioma, sin necesidad de excavaciones submaxilares, no obsta para que no

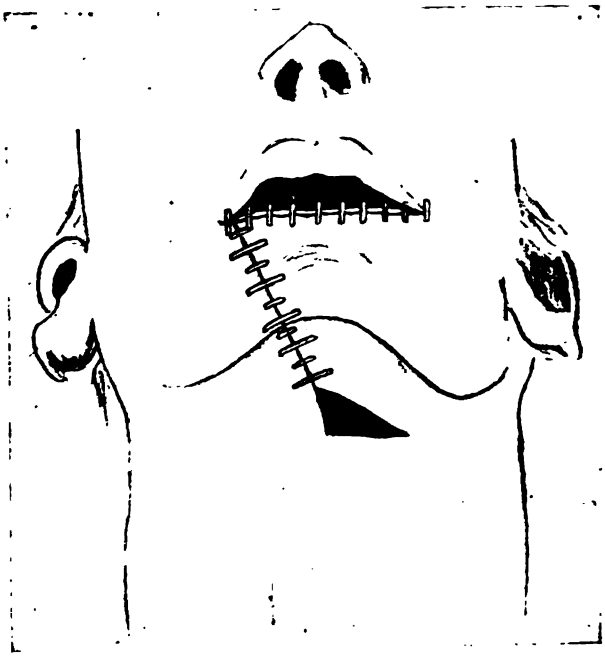


Fig. 3.—Procedimiento de Guarnerio.

dejen de ser frecuentes los casos de que me ocupo ahora, en los cuales, á pesar de lo visible de la afección y de lo repugnante que son siempre las úlceras de los labios, se dejan éstas crecer y se deja se infecten los ganglios linfáticos, obligando á operaciones más complejas.

Dos son los procedimientos empleados por mí en tales circunstancias: el del que fué mi profesor, Catedrático de la Facultad de Medicina de Granada, Dr. Guarnerio, y el de mi profesor Creus, Catedrático de Granada y de Madrid, y justo es que tratándose de procedimientos españoles, consagre á ellos la atención que se merecen.

El procedimiento de Guarnerio consiste esencialmente en hacer la restauración del labio á beneficio de un colgajo en forma de solapa tomado

de las partes blandas del cuello. Supongamos un epitelioma extenso del labio; se circunscribe por medio de dos incisiones que, partiendo de las comisuras, se reunen formando una V y abarcando todo lo enfermo; pero una de las incisiones desciende hasta el hioides, y al llegar á dicho punto se traza una línea corta paralela á la otra incisión oblicua, quedando así dibujado un amplio colgajo cuadrangular (fig. 1); se diseca ampliamente la solapa; se extirpan entonces fácilmente los ganglios afectos; se sube el colgajo, y sólo queda un pequeño triángulo en la parte inferior (figs. 2 y 3). Procedimiento sencillo, fácil, el colgajo no queda tirante, el tejido es análogo, y al cabo de poco tiempo apenas si se conoce la operación que se ha hecho.

¿Pero es que con este procedimiento basta para la extirpación de los ganglios? Dejo en suspenso este punto para resolverlo cuando haya descrito el

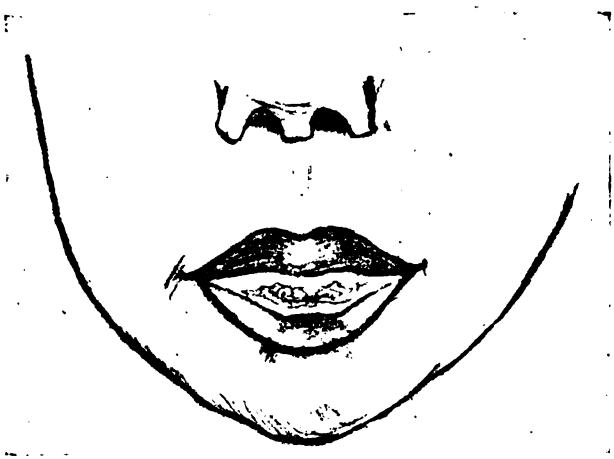


Fig. 4. — Procedimiento de Creus.

procedimiento de Creus, por cuanto ambas operaciones se completan, no sólo en lo que respecta á la extensión de la lesión epitelial, sino que en lo que se refiere á la existencia de las adenopatías, según se trate de adenopatías medias, de un solo lado ó de ambos lados.

El precedimiento de Creus también tiene sus indicaciones en los epiteliomas que ocupan todo el labio. Circunscrito el epitelioma por una curva de convexidad inferior (fig. 4) en vez de partir de un centro las dos líneas oblícuas que se dirigen al borde del maxilar, deja Creus un espacio entre ambas (fig. 5) y trazando dos líneas que sigan el borde del maxilar inferior resultan dos colgajos que disecados se apoyan no sobre un ángulo, sino sobre una línea que no se mortifica, que les ofrece un punto sólido de apoyo, quedando así constituído un labio en excelentes condiciones (fig. 6).

El punto discutido es si con estos procedimientos se pueden extirpar las adenopatías. Yo contestaré resueltamente que sí fundado en mis observaciones. Las adenopatías en los epiteliomas de los labios son, por regla general, tardías y circunscritas á la región submaxilar, no son constantes,

como ya he dicho, hasta el punto que sólo las he encontrado en 44 observaciones, y de ellas en 42 eran submaxilares (además de submaxilares estaban afectos los parotídeos, y sólo en una observación de epitelioma existía

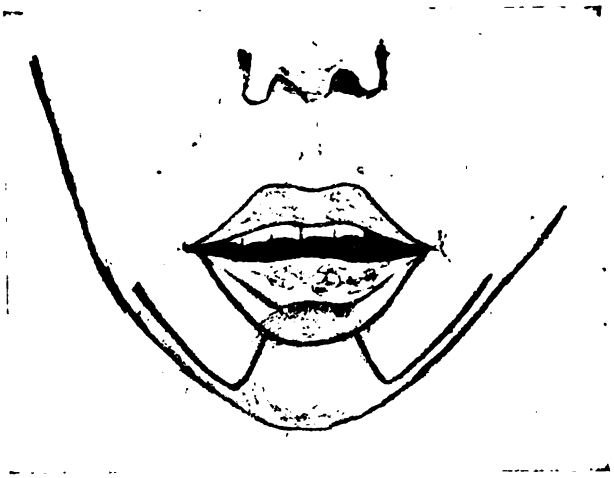


Fig. 5. — Procedimiento de Creus.

un ganglio carotídeo único, sin ir acompañado de adenopatías submaxilares; en cambio con alguna frecuencia está afecta la glándula submaxilar,

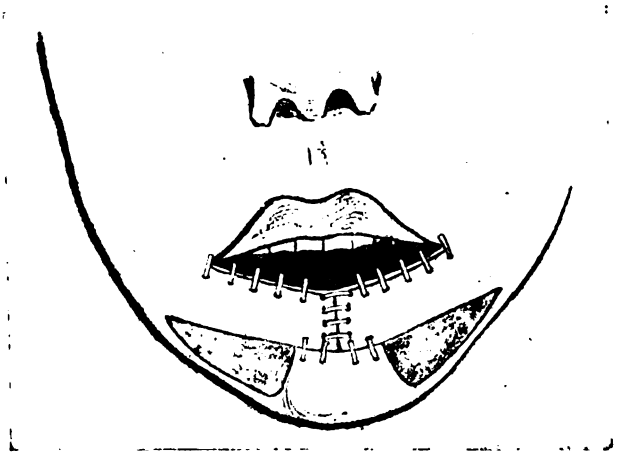


Fig. 6. — Procedimiento de Creus.

lo cual hace que apenas la haya encontrado algo anormal, la he extirpado á la vez que los ganglios.

Dado este hecho absolutamente cierto, lo mismo el procedimiento de

Guarnerio que el de Creus, basta para la extirpación de las adenopatías, sin que sea preciso para ello idear operaciones tan mutilantes como necesariamente deberían ser las que pretendieran ir á perseguir ganglios que no existen, siguiendo todo el trayecto de la región carotídea y llegando á la supra-articular; si algún caso se observa con tales infartos, debe ser tal la lesión que habrá que considerarla no sólo como excepcional, sino ya inoperable. Por esto recomiendo los dos procedimientos que he expuesto como los más sencillos, fáciles y seguros para la extirpación de los epiteliomas del labio inferior, que por su extensión no puedan ser extirpados en V y exijan la excavación submaxilar.

Los resultados obtenidos con estos procedimientos han sido los siguientes: 29 curaciones, 2 reproducciones y 2 muertos; es cierto que algunos operados, los de este curso, por ejemplo, no pueden darse como curados en el sentido que á la curación se quiera dar; pero por lo que yo veo, en cuanto á recidivas creo que en la mayoría de ellas, si se examinan con detención los operados, algo se vería al poco tiempo, y las que se observan pasados años, ó es que no se habían visto ó hay que discutir su interpretación. En cuanto á los dos muertos, uno de ellos murió de hemorragia cerebral y el otro de broncopneumonía, cuya relación con el acto operatorio es más fácil de decir que de demostrar.

De los 33 casos que constituyen este grupo, cinco de ellos habían sido ya operados por la extirpación; en uno, extirpado hacía un año, no se había obtenido la cicatrización; en otro la recidiva se observó á los cuatro meses; otro á los seis meses, y otro á los pocos meses de ser operado; en dos el procedimiento de Guarnerio y en dos el de Creus, permitiendo la extirpación completa de la lesión y de los ganglios, dieron la curación definitiva. El quinto caso es interesante para comprender, dada mi manera de pensar, el mecanismo de las llamadas recidivas; hacía once años que había sido operado de un epitelioma desarrollado en el punto donde se dejaba el cigarro pegado al labio; estuvo bien durante nueve años, pasados los cuales nueva grieta y por la misma causa; la operación de Creus, extirpando todo el labio y los ganglios, le dió la curación, no desmentida gracias á haber dejado de fumar.

Quedan algunas observaciones que debo mencionar por excepcionales:

Una se refiere á un individuo con un epitelioma del labio superior y otro independiente de la nariz. Extirpación, recidiva el de la nariz.

Las dos siguientes observaciones se deben reasumir:

H., de sesenta y un años. Hace cinco años epitelioma del labio inferior; le operan y recidiva; nueva operación y recidiva á los dos meses. En 10 de marzo de 1908, extirpé el tumor con resección del cuerpo del maxilar inferior invadido y extirpación de ganglios; autoplastia según el procedimiento de Guarnerio. Cicatrización inmediata. El día 20 acceso violento de fiebre; que repite el 21, 22 y 23, y muere el 24 sin otro síntoma. No se pudo hacer la autopsia, quedando la duda de fiebre intermitente ó de puohemia, á pesar de no haber ningún otro síntoma.

En otro caso se trataba también de un individuo que había sido operado tres veces de un epitelioma que empezó hace dos años. 28 de mayo de 1908: extirpación con resección del cuerpo del maxilar y limpieza de ganglios

submaxilares. Autoplastia con colgajos del cuello. Curación por primera intención. Dado el poco tiempo, no pretendo hablar de curación definitiva; pero hoy por hoy no tiene la menor señal de continuación del tumor.

Y queda una última observación, que si bajo el punto de vista operatorio no tiene gran interés, sí lo tiene, y mucho, bajo el aspecto científico.

Muchacho de quince años que se presentó en la Clínica de San Carlos en octubre de 1904 con un tumor del labio superior del lado izquierdo, que por sus caracteres se duda si es un angioma ó un sarcoma; extirpación el 18 de octubre de 1904 y autoplastia; curación. El análisis hecho en el laboratorio de Cajal demuestra se trata de un sarcoma fusocelular. Sin novedad hasta julio de 1907, en cuya época se le formó una costra en la cicatriz que al desprenderse dejó una úlcera. Al examinarlo, se trata de un tumor ulcerado con infartos submaxilares y carotídeos; 3 de octubre de 1907 extirpación del tumor y de los ganglios; el análisis del tumor en el laboratorio de Cajal demuestra que se trata de un epitelioma en globos. Curación que se sostiene en la actualidad. El caso, como se ve, es interesantísimo: un sarcoma que al recidivar á los tres años lo hace en epitelioma. El laboratorio en donde se ha hecho este análisis pone esta observación á cubierto de toda duda. Mala observación para los partidarios de la llamada especificidad de las tres hojas blastodérmicas y de la especificidad celular; hecho fácil de comprender, aun cuando sea excepcionalísimo, para los que, como á mí me ocurre, niego desde 1885 en mis notas del *Erichsen* y después en mi *Patología quirúrgica general*, tal especificidad, y admito como único elemento generador de los neoplasmas las células embrionarias é indiferentes que se encuentran en todos los tejidos.

En resumen, los resultados obtenidos en los 88 enfermos operados de tumores malignos de los labios han sido los siguientes:

Dos muertos y 9 reproducciones, de las cuales he vuelto á operar 4 con 3 curaciones y 77 curados, si bien algunos de ellos, dado el corto tiempo de la operación, no se puede hablar de resultados definitivos, tanto más cuanto que dos de los reoperados han estado tres años completamente bien.

Los 9 enfermos restantes para completar los 97 que comprende mi estadística habían sido ya operados y yo operé las reproducciones: el resultado ha sido un muerto (resección de maxilar); una reproducción, á pesar de cinco nuevas operaciones, y 7 curados, gracias á extensas extirpaciones con extirpación de ganglios, siendo uno de estos casos notable porque entre la primera curación y la aparición del segundo neoplasma mediaron nueve años.

El Dr. *Döllinger* (de Budapest) presentó una estadística de 200 casos de cáncer de los labios, operados en su clínica durante los diez años últimos. De éstos, 158 eran cánceres primitivos. El 70'7 por 100 de estos casos no han recidivado en más de cinco años. En 9 casos, la neoplasia había invadido también la encía; los 9 recidivaron antes de tres años y todos terminaron por la muerte. Se han operado 28 recidivas, y de éstas sólo se conoce la suerte de 25: en 4, ó sea el 16 por 100, no hubo recidiva después de los tres años.

En todos los casos los ganglios regionales fueron extirpados por medio de una incisión en Z, cuya rama horizontal superior principiaba al nivel

del hioides y terminaba en la apófisis mastoides; la rama horizontal inferior seguía la dirección de la clavícula; la rama oblicua se prolongaba á lo largo del borde anterior del esternomastoideo. Este raspado del cuello sólo se hace en un lado cuando el cáncer del labio se halla francamente fuera de la línea media; en el caso contrario se extirpan los ganglios de ambos lados. Llamó de un modo especial la atención sobre la frecuencia grandísima de la degeneración de los ganglios que, debajo de la inserción superior del esternomastoideo, rodean el nervio accesorio.

Es interesante advertir también que si el 71'7 por 100 de los casos han quedado más de tres años sin recidiva, han sido operados menos de un año después de empezar el cáncer el 84 por 100; de los casos que recidivaron en los tres años fueron operados también en el año de la aparición del cáncer. Estas cifras prueban lo que debe pensarse de la influencia de la antigüedad mayor ó menor del cáncer, sobre el pronóstico operatorio.

El Dr. *Czerny* (de Heidelberg) dijo que todo lo que ha visto confirma la conclusión de Döllinger. Existen cánceres de marcha subaguda y otros de marcha crónica; los primeros se diagnostican y operan antes y su pronóstico es más grave que el de los crónicos; recidivan, por lo tanto, con más frecuencia y antes que éstos.

El Dr. *Morestin* (de París) cree que la extirpación cuidadosa de los ganglios suprahioideos, medios y laterales, debe ser preludio de toda operación dirigida contra los cánceres de los labios. La extirpación de la lesión labial debe ser muy extensa. Ha adoptado en general para el labio inferior un modo de ablación que llama *trapezoidal* y qué permite extirpar, en lo posible, la zona sospechosa.

Para la reparación de la brecha formada por la extirpación de los cánceres del labio inferior, entre muchos buenos procedimientos hay uno muy recomendable y que consiste en formar bien en un lado ó en los dos, un colgajo genilabial que comprende parte del labio superior. Para asegurar la reflexión de la comisura es preciso conservar la parte del borde rojo del labio superior que corresponde á la porción lateral del colgajo.—F. Toledo.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

El aceite de ricino en la apendicitis aguda. — A juicio de los Dres. E. Sonnenburg y R. Kothe, está indicado el aceite de ricino en ciertas formas precoces de apendicitis aguda; pero hay que proceder con mucha circunspección para elegir los casos en que se debe dar dicho medicamento. Aquéllos que se inician desde el primer momento con síntomas graves, generales y locales (empiema, perforación, gangrena del apéndice), se deben, por el contrario, operar lo más pronto posible. Con el aceite de ricino sólo se tratarán los casos en los que, á causa de la levedad de las manifestaciones clínicas, se puede establecer el diagnóstico de apendicitis simple con retención fecal (catarro mucoso simple del apéndice). En estos casos, el acei-

te de ricino, además de su utilidad terapéutica, tiene la de revelar en cierto modo el carácter del ataque y de confirmar el diagnóstico anatómico, puesto que si con el aceite no se mejoran desde luego todos los síntomas, es indicio de que el pronóstico es dudoso y motivo de proceder á la operación. Por esto mismo, el tratamiento con el ricino sólo se debe emplear en los hospitales en que se puede proceder desde luego á la operación.

Los autores eligen para ser tratados con el aceite de ricino aquellos casos en que el diagnóstico de apendicitis simple ó catarral es corroborado por el hecho de que no hay gran discrepancia entre las cifras de la temperatura, del pulso y de la leucocitosis, con las que tienen por término en estas circunstancias (37,5 : 92 : 15,000). Pero, además, hay que prestar atención á todos los demás síntomas clínicos, locales y generales. También se dió el ricino en algunos casos de apendicitis destructiva, en los que á causa del buen estado general y de estar completamente localizado el foco patológico, no era urgente la operación, á fin de colocar al intestino en mejores condiciones para las contingencias ulteriores.

De los casos ingresados en las primeras cuarenta y ocho horas de la enfermedad, fueron tratados con el ricino 66, habiéndose curado 62 sin incidente. Los otros 4 hubieron de ser operados al día siguiente por insuficiencia del tratamiento médico, y también se curaron. De 84 casos ingresados después del segundo día y tratados con el ricino, se curaron 82 y los otros dos tuvieron que ser operados, también con éxito feliz.

El ricino no ocasionó ningún percance ni molestia en los casos en que estaba indicado, y en particular no provocó vómitos (como no los hubiese anteriormente) ni recrudescencia de los dolores. Estos últimos, por el contrario, desaparecieron generalmente en muy poco tiempo; los síntomas locales y generales retrogradan con más rapidez que con el tratamiento simplemente expectante, y á la par decrecen la temperatura, el pulso y la leucocitosis. Hay casos que hasta siguen un curso abortivo, en armonía con la rapidez de aparición de la estancación de las secreciones. Esta es también la ventaja que tiene el tratamiento con el aceite de ricino, en los casos de apendicitis catarral leve, sobre el indiferente (fomentos, reposo, dieta).—(*Mitteil aus d. Grenzgeb*).—R. del Valle.

Nuevo método de tratamiento de la elefantiasis.—El Dr. A. Castillani emplea contra la elefantiasis inyecciones cotidianas de tiosinamina (20 á 40 centígramos en solución glicerinada) ó de fibrolisina (2 á 4 cent. cúb.), practicadas de preferencia en la región glútea. Después de cada inyección, el miembro afecto es envuelto en una venda de franela elástica ó mejor de caucho, aunque éste no es bien tolerado por el enfermo. Antes de aplicar la venda conviene hacer el amasamiento enérgico de las regiones afectas, manteniendo el miembro en posición más elevada que el resto del cuerpo.

Con este tratamiento ha obtenido buenos resultados en el 70 por 100 de los casos. La elefantiasis que se presta mejor á él es la verrugosa. Como esta enfermedad ha sido considerada siempre como incurable, se comprende la utilidad del tratamiento.—(*Les Nouveaux Remèdes.*— F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTICIAS HISTORICO-MÉDICAS

ACERCA DE LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DEL REY DE ESPAÑA LUIS I

POR EL

DOCTOR D. JOAQUÍN OLMEDILLA Y PUIG

Catedrático de la Facultad de Farmacia de Madrid.

SUMARIO: Importancia del asunto en la historia de la medicina española. — Brevísimo tiempo que reinó Luis I.—Su elevación al trono.—Sus buenas condiciones.—El *bien amado*. — Luisa Isabel de Orleans. — Antecedentes sanitarios del Rey.—Diagnóstico de su última enfermedad (Viruela maligna complicada con fiebre infecciosa). — Su curso. — Momentos de esperanza.—Docilidad del enfermo á los tratamientos terapéuticos. — Médicos que le asistieron.—Remedios empleados.—Discusiones habidas en las consultas celebradas. — Pronósticos de la ciencia. — Condiciones malignas de la dolencia. — Ansiedad de la opinión pública por conocer la marcha de la enfermedad. — Implorando el favor de la Providencia. — Debe rechazarse como calumniosa la opinión errónea de haber muerto el Monarca envenenado. — Embalsamamiento. — Síntesis general. — Opinión del historiador Belando. — Sitio que ocupa el cadáver de Luis I en el panteón del Escorial. — Enaltecimiento de la Clase médica, con ocasión de esta asistencia. — La historia debe tributar á estos Profesores solemne homenaje de gratitud. — Documentos interesantes relativos á este asunto, copiados del Archivo histórico nacional, que pueden considerarse como páginas de la historia española.

Voy á presentar á la consideración pública (siempre confiado en su benevolencia), algunos datos referentes á un enfermo ilustre, que ocupó el trono de España hace 185 años, y que son (en mi opinión), merecedores de figurar en la historia de la medicina patria, por el papel que desempeñaron los médicos en la dolencia que prematuramente llevó al sepulcro á un Rey de nuestra Nación, malogrando, sin duda alguna, gratas esperanzas fundadamente concebidas.

Se trata, pues, de un hecho que no deja de tener alguna impor-

tancia en la historia de la Ciencia médica española, por referirse á la enfermedad de un Monarca de nuestra Nación, que si bien reinó próximamente el corto tiempo de siete meses, dejó, en cambio, gratos recuerdos de su brevísimo paso, como flor de un día, por el trono, con las cualidades excepcionales de bondad y discreción que le adornaron en su fugaz reinado.

Aludimos á Luis I, hijo de Felipe V, el cual nació en Madrid á 25 de agosto de 1707 y murió el día 31 también del mismo mes 1724. Aquel joven, al decir de la historia, habíase captado universales simpatías por la afabilidad de su carácter, siempre dispuesto á la benevolencia y al perdón, más que á la censura y al castigo; que supo olvidar agravios y que estuvo siempre su corazón dispuesto al consuelo de las penas y á la protección de las desgracias (1).

Elevado al trono, como es bien sabido de todos, por la renuncia de su padre, primer Monarca de la dinastía de los Borbones en nuestro país, cuya abdicación tuvo lugar el 10 de enero de 1724, celebráronse grandes fiestas con tal motivo y todo hacía presumir un largo reinado, cuyas halagüeñas esperanzas fueron malogradas apenas nacidas, por una traidora enfermedad que segó en flor una existencia llena de lozanía y explendor (2).

Sabido es que Luis I subió al trono español por la renuncia que hizo su padre, Felipe V, de la corona, en el Real sitio de San Ildefonso el ya citado día (3), y la escritura original de aceptación por parte de Luis está fechada en San Lorenzo el Real á 15 de enero

(1) Parece ser que este Monarca ejercía un papel puramente pasivo, pues Felipe V continuaba siendo el verdadero gobernante, á pesar de su abdicación, no habiendo hecho más que renunciar al título de Rey, siendo Luis I su primer súbdito. — (Mariana: *Historia general de España*).

(2) Por haber nacido el día de San Luis (25 de agosto de 1707) y en memoria de su abuelo, se le puso el nombre de Luis. Fué padrino de su bautizo, en nombre de su bisabuelo Luis XIV de Francia, el Duque de Orleans, que después fué su suegro. Fueron sus nodrizas D.ª Bárbara Flores, natural de Tembleque, y después Manuela Cornejo, de Pamplona, y Manuela González.

La jura de Luis I, como heredero de la corona, constituyó una fiesta nacional y el niño fué objeto del mayor cariño y adoración, tanto de la familia como del pueblo. Estuvo educado por el Cardenal de Giudice. En sus primeros años era delicado de salud y se temía por su vida, pero después se robusteció. — (Noticias tomadas del muy curioso y notable libro de D. Alfonso Danvila, titulado *Luisa Isabel de Orleans y Luis I*. Madrid, 1902.

(3) Archivo histórico nacional. Estado. Legajo 1.460. Consignado por el Sr. Ortega y Rubio en su obra *Compendio de Historia de España*, tomo III, página 21.

de 1724. Fué proclamado el 9 de febrero de este mismo año, que hizo su entrada pública en Madrid.

Dícese que era de gentil aspecto, regular estatura, trato afable, magnánimo é inclinado á complacer á todos, muy aplicado al estudio, con gran deseo de acierto y aficionado á la pintura y á las bellas artes, todo lo cual contribuyó á que se le designara con el sobrenombre de *bien amado* (1).

Casado desde muy joven (en 1722) con la Princesa Luisa Isabel de Orleans (2), parece ser (al decir de los historiadores) que tuvo algunos disgustos por la conducta ligera de su esposa, caracterizada principalmente por excentricidades y caprichos. Pero estas faltas puede perdonarlas muy bien la historia, si se tiene en cuenta que no se apartó esta señora del lecho de su esposo durante la enfermedad que le llevó al sepulcro, la cual fué una viruela maligna y complicada (como se dirá después), de la que enfermó también la Reina, si bien tuvo la suerte que no alcanzó su desgraciado esposo, cual fué la de recobrar la salud, y se retiró después á Francia, cuyo comportamiento no deja de ser meritorio en una joven que, ocupando tan elevada posición social, arriesgó su vida, su belleza y su salud, exponiéndose voluntariamente á un seguro y fatal contagio.

Parece ser que este segundo Monarca español de la dinastía borbónica era de complexión sana, aunque muy delicado en sus primeros años, temperamento sanguíneo, buena salud en general, de clara inteligencia y sin que pudiera señalarse en él una idiosincrasia determinada.

La enfermedad que le llevó al sepulcro en el espacio de dos septenarios, fué una viruela confluente, complicada con fiebre infecciosa, aun cuando en los primeros días no aparecieron síntomas alarmantes que hicieran concebir el desgraciado fin del enfermo. Antes al

(1) Era mañoso en extremo, pues se refiere que regaló á su padre Felipe V unos botones que hizo con tanto primor, que el Monarca los colocó inmediatamente en sus puños. Esto tenía lugar en Balsain á 15 de julio de 1722. —(Alfonso Danvila: *Luisa Isabel de Orleans y Luis I.* Archivo histórico nacional. Legajo 2.747. Estado).

También se acuñaron bastantes medallas con motivo de su proclamación en Barcelona, Cádiz, Carmona, Granada, Jerez de la Frontera, Loja, Málaga, Motril, Puerto Real, Sanlúcar de Barrameda, Sevilla, Tarragona, Tenerife, Velez-Málaga, y en América en Cholula, Méjico, Panamá, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.—(Véase la notabilísima obra del Excmo. Señor D. Adolfo Herrera, Académico de la Historia, con cuya amistad me honro, titulada *Medallas de proclamaciones y juras de los Reyes de España).*

(2) Luis I se casó á los quince años, siendo Príncipe de Asturias, con mademoiselle de Montpensier, cuarta hija del Duque de Orleans.

contrario, hubo momentos de esperanza, alimentada por el dictamen de los médicos que le asistían.

La ciencia luchó con la enfermedad en aquella ocasión de un modo heróico, como no podía menos de ser, tratándose de defender la vida de la persona que ocupaba el primer puesto de la Nación, donde por una de esas contingencias de la suerte se acumulaban en las gradas del trono y realzaban su esplendor, juventud, bondad é inteligencia, cuyas cualidades tantas esperanzas infundían, al poseerlas en la alborada de la vida, el Monarca sobre cuyas sienes se ceñía una corona, en cuyos dominios jamás se ocultaban todavía los espléndidos rayos del sol, tenía inmensa significación en el mundo y sus decisiones pesaban sobremanera en la balanza de toda la humana política (1).

De las comunicaciones de los médicos se deduce que se prestaba el enfermo, no sólo con docilidad, sino con verdadero deseo de obediencia á cuantos medios terapéuticos se le prescribían, tomando los medicamentos sin mostrar repugnancia y sometiéndose de buen grado á la quietud en el lecho, á pesar de las molestias de una enfermedad larga, difíciles de sorportar, sobre todo por un joven lleno de vigor y rodeado de las comodidades y el bienestar que le proporcionaba su elevada jerarquía.

Le asistieron los médicos de cámara, Dres. Higgins, Sánchez, Díaz y Suñol, juntamente con D. Pedro de Agüenza, que ya era médico antiguo de Palacio.

El médico de cámara, que llevó la dirección del tratamiento, fué el Dr. D. Pedro de Agüenza, que es el que suscribe los partes que á diario comunicaba al entonces Jefe de Palacio, Sr. Marqués de Grimaldo y que he tenido ocasión de consultar detenidamente en el Archivo histórico nacional, donde se conservan documentos de gran interés y curiosidad en este asunto para todo el que quiera conocer esos detalles de la historia y que al final se insertan.

El tratamiento fué principalmente sintomático, en cuanto lo per-

(1) Parece ser que Luis I cometía algunas calaveradas, propias de la edad. Refiérese que salía con otros compañeros por las noches, por los melonares del Retiro, con objeto de observar y apreciar lo que le está vedado á un Príncipe y puede hacerlo un particular. Pero las reconvenciones de Felipe V influyeron de tal modo, que le corrigieron y no volvió á verificar estas excursiones.

Ya se encontraba fuerte de salud y sin las debilidades de sus años primeros, sin duda por haberse dedicado al ejercicio de la caza y hacer mucha vida de campo.—(Alfonso Danvila: Libro citado).

mitía el estado de la ciencia de la época. Seguir las evoluciones del exantema y combatir algunos de los síntomas más ó menos patognomónicos que en el curso de la dolencia se presentaron, fué el plan adoptado por los médicos que asistieron al egregio enfermo. Usaron algunos calmantes para el pertinaz insomnio y malestar que le atormentaba. Los enemas para la astricción y también emplearon sangrías de la región tarsiana en los días primeros y después del antebrazo, no sin haberlo discutido detenidamente en consulta de cinco Profesores, habiendo uno que disintió de este medio terapéutico.

Tenía el tratamiento mucho de expectante, como no podía menos de ser ante esta enfermedad. Los sudoríficos, la dieta, llenar alguna otra indicación sintomática, cual fué la de proporcionar algún ligero descanso al enfermo con el jarabe de diacodion, era lo que hacían, confiando en que la llamada fuerza medicatriz, que hace concebir grandes esperanzas en un organismo de diecisiete años, no atormentado por anteriores dolencias, realizase la anhelada curación de aquella maligna enfermedad, para la cual, desgraciadamente, no se conocía aún profiláctico alguno, pues faltaban casi cincuenta años para que el gran Jenner realizase su maravilloso descubrimiento de la vacuna, y tenía la humanidad que resignarse á ser víctima de una dolencia altamente contagiosa y mortífera.

No era, pues, la viruela entonces como hoy se ha calificado con justicia por algunos, *de vergüenza para un pueblo culto;* pues por su desventura no conocían entonces el poderoso y eficaz medio de evitarla y extirparla, como ha sucedido con el descubrimiento de la vacuna.

El Dr. D. Juan Higgins, ó *Huygens*, que fué (como se ha dicho) uno de los médicos que intervinieron en la enfermedad del Rey, era de origen irlandés, Doctor en varias Universidades, entre ellas la de Montpellier; por sus condiciones excepcionales de talento y fama fué nombrado desde luego por Felipe V primer médico de su cámara.

Murió al muy poco tiempo de fallecer Luis I (1).

Según opinión de dicho Doctor, la gravedad del mal se aumentó debido á diátesis especiales del enfermo. Se atribuyó por muchos á la segunda sangría el fatal resultado de la dolencia. Nada puede extrañar que sea muy discutido el tratamiento empleado por los médicos, y más en el caso presente, que hubo divergencia de pareceres.

(1) Alfonso Danvila: *Luisa de Orleans y Luis I.* Madrid, 1902.

Desde luego, puede apreciarse en este caso una observación minuciosísima de los síntomas y del curso de la dolencia que aquejaba al egregio enfermo, desde los pródromos de la misma hasta su fatal terminación, y aun en los optimismos del médico de cabecera, revelados en los partes que á diario daba, no se aprecia un deseo de adular, sino la expresión de un juicio deducido con arreglo á su leal saber y entender, de todo el conjunto de signos que presentaba la enfermedad, siquiera luego resultaran fallidos, como acontece en muchas ocasiones, á pesar de la continuada práctica y de la pericia clínica de un experto médico.

En los diferentes partes relativos á la salud del Rey (que aparecían en los documentos insertos á continuación), puede observarse el curso de la enfermedad, que no se presentó en sus comienzos de un modo franco, sino al contrario, insidiosa y larvada y sin apariencias de gravedad amenazadora. Así es que los síntomas prodrómicos fueron ya equívocos, hasta el extremo de que uno de los médicos los creyó resultado de una indigestión por haber comido alimentos alterados ó tal vez por haber hecho ejercicios violentos inmediatamente después de la comida.

Después, ya aparecen los primeros granos virulentos, aunque en forma muy discreta, y continúan los demás períodos de erupción y supuración con todo el cuadro general de síntomas, y en este último período acaeció la muerte. Pero de todos modos fué un proceso morboso largo y complicado y sin que ofreciera una regularidad sistemática.

Y la opinión pública seguía de igual modo los incidentes de la dolencia y los resultados del tratamiento, con aquel temor y vaga esperanza característicos en un caso en que se encontraba seriamente amenazada la vida de un Rey joven, simpático, emprendedor, ganoso de gloria y de prosperidades para España, en quien cifraba el pueblo grandes esperanzas de éxitos y venturas después de las desastrosas guerras de sucesión, en una época en que tan fuertemente arraigado estaba el espíritu monárquico, de tal manera, que se identificaba la persona del Jefe del Estado con la de la Nación que gobernaba.

Así es que los partes que daban los médicos, las noticias que procedían de los que cuidaban al enfermo, eran recibidas y esperadas por los padres y deudos del joven Monarca con ansiedad y vivísimos deseos, entre la zozobra y la esperanza, el temor y la reserva, la confianza y el pesimismo, revelado en las opiniones que exponían

los Doctores encargados de dirigir el tratamiento de un adolescente, en quien parecía que la desgracia y el dolor se complacían en tender sus redes sobre una existencia aparentemente rodeada de las felicidades que proporciona el ocupar en la primavera de la vida el primer puesto de una gran Nación.

Así no es de extrañar que rindiesen culto á las creencias religiosas (y puede disculparse en parte, pues el médico es muchas veces testigo de estos actos), esperando del favor del cielo, lo que no conseguían los repetidos esfuerzos de la ciencia. Así es que trasladaron á la alcoba del enfermo los cuerpos de San Diego y San Isidro, y se hicieron rogativas y procesiones en las Descalzas Reales y otros templos, impetrando de la Providencia lo que no alcanzaba los recursos humanos.

No podía en manera alguna, la opinión general, concebir la idea, de que una vida que comenzaba llena de esplendor y de prosperidad, pudiera desaparecer en muy pocos días por los efectos de una mortífera enfermedad, como flor que se marchita apenas abiertos sus pétalos á la luz, y cual breve día en que la aurora y el ocaso del sol apenas se dan tiempo de separación.

Debe también rechazarse la calumniosa especie que algún historiador ha acogido de que Luis I murió á consecuencia de un envenenamiento, en el cual se supone cómplice al médico parmesano Cervi y algunos personajes de la Corte.

Lo único que se consigna en la historia clínica de su enfermedad, es que se presentó el día 29 de agosto una gran fiebre, la cual determinó la muerte. Pero esto se explica perfectamente, sin necesidad de atribuirlo á otra causa, que á la infección de la sangre en un enfermo que llevaba ya en cama más de doce días y que el proceso morboso había, por consiguiente, progresado en términos de infectar todo el organismo.

Por eso han dicho algunos que las viruelas estuvieron complicadas con un tabardillo.

Algunos detalles que en varias memorias se refieren respecto al estado de descomposición en que se hallaba su cuerpo al verificarse su sepelio, á pesar del embalsamiento, se explican por haberle tenido algunos días expuesto al público, precisamente en los más ardorosos del estío (31 de agosto y siguientes) y después el viaje al Escorial, que entonces costaba bastantes horas.

Además, los datos consignados al embalsamarle, que pueden considerarse como de una autopsia, indican que su muerte fué produ-

cida á consecuencia de la enfermedad citada, ó sea una viruela complicada con una fiebre infecciosa (1).

Sintetizando, en resumen, puede decirse lo siguiente:

El Rey Luis I realizó grandes hechos en el breve tiempo que duró su reinado, pues fué sólo de doscientos diez días. De poca edad, pero benigno, afable y virtuoso, suplía sus cortos años con la discreción y el buen consejo que tomaba de las personas ilustradas y de experiencia. Era en extremo benévolo y cariñoso con todos.

Dice Belando en su notable *Historia civil de España*, libro hoy raro y curioso, lo siguiente:

«Parece que Dios más quiso para sí que para nosotros este gran Monarca, pues un funesto eclipse de malignas viruelas ocultó los brillantes rayos de su salud, hasta postrarlo en cama.

«La malignidad del humor en el término de quince días y en el último del mes de agosto, á las dos horas de la mañana, trocó la hermosura en pavesa y la gala en horror, habiendo otorgado poder en el día antecedente para que su amado padre hiciera el testamento, porque la enfermedad no dió lugar á otra cosa. Sucedió esto en el día 31 de agosto de 1724, y con majestuosa y fúnebre pompa fué llevado el cuerpo al Real Panteón del Escorial. Contaba el Monarca diecisiete años y seis días de edad, y siete meses escasos de reinado» (2).

(1) Dice Lafuente en su Historia general de España:

«Unas viruelas malignas que acometieron al joven Monarca y que los médicos no acertaron á curar, le llevaron á los doce días al sepulcro, habiendo muerto con una resignación admirable en persona de sus años y con sentimiento y pena general de los españoles».

En realidad, la frase de que *los médicos no acertaron á curar*, es algo dura; pues se trataba de un caso en que la ciencia puso de su parte cuanto era posible por obtener éxito satisfactorio, no pudiendo ponerse á los médicos el más pequeño reparo de ignorancia ó negligencia.

También se hace cargo Lafuente de la idea desprovista de base, del envenenamiento. Dice que ignora el fundamento de esta aserción, pero no la combate.

(2) Fué embalsamado, aunque no se cita el procedimiento empleado con este objeto. Se sabe, sin embargo, que le extrajeron las vísceras, que enterraron en el Convento de San Gil, de Madrid.

Que el embalsamamiento se hizo por D. Ricardo Le Preux, primer cirujano, D. Luis Dethe, cirujano de familia y D. Bernardo Abolin, primer boticario, en presencia de los Doctores D. Juan Hygins, primer médico de S. M., D. Pedro de Agüenza, primer médico de la Reina, D. José Suñol, D. Alfonso Sánchez y D. Antonio Díaz, médicos de cámara.

Dice en un documento del Archivo de Palacio, consignado por el señor D. Alfonso Danvila en su libro, lo siguiente: «Y habiendo abierto la cabidad natural, se alló en la parte cóncaba del hígado y en la parte del

Se halla, en efecto, sepultado en el Panteón de Reyes del Escorial, en la segunda fila de sarcófagos, debajo del que ocupa Carlos II y encima del de Carlos III, pues ni su padre Felipe V ni su hermano Fernando VI tienen sepultura en ese sitio, por estar depositado el cuerpo del primero en el Real Sitio de San Ildefonso, ó sea La Granja, que fué fundada por él, y el segundo en el antiguo Monasterio de las Salesas de Madrid, hoy parroquia de Santa Bárbara y Palacio de Justicia.

He creído oportuno exponer las anteriores noticias por referirse á un personaje de gran relieve, poniendo de manifiesto una vez más la importancia social de la medicina, en cuyas manos está á veces el porvenir de las naciones y el curso de los acontecimientos, por lo cual jamás se honrará bastante á los que la practican, que dan ejemplos fehacientes de abnegación, celo, estudio, inteligencia y caridad, no vacilando en sacrificar cuanto hay de más aprecio para el hombre, si ha de resultar de este sacrificio la recuperación de la salud ó la prolongación de la vida.

La representación de la Clase médica quedó en aquella ocasión á gran altura, á pesar de ser objeto de críticas por no haber obtenido el triunfo en la dolencia y tenerse que rendir ante lo imposible de la

estómago que le corresponde, una grave alteración de color con una actual inflamación que se extendía al diafragma por la misma parte que corresponde al hígado en el hipocondrio izquierdo, se ha allado el bazo corrupto y toda la parte que le corresponde del diafragma y del peritoneo y habiendo llegado con la mano á la sustancia del Bazo, se deshacía como una masa de chocolate.

»Asimismo, habiendo abierto el thorax ó región bital, se ha allado toda la sustancia de los pulmones inflamada y de mucho menor bolumen que en el estado natural, particularmente el lobo izquierdo del pulmón que una tercera parte hera menor que el lobo derecho, vizio contraído de antemano por la estrechez y compresión del thorax y de los ejercicios y soles inmoderados.

»El hueco del thorax por ambos lados muy estrecho y particularmente por el lado izquierdo, etc.

»Habiendo abierto la cabeza y quitado la parte superior del cráneo, se descubrió una alteración notable de toda la dura mater y toda la parte derecha y superior de ella enteramente inflamada y algo elevada, y habiendo abierto la dura mater se alló toda la zircumferencia superior de la pía mater y de la sustancia cortical del zerebro alterada con inflamación actual y restagnación de sangre y alguna libidez en la parte derecha y superior, y esta misma alterasión penetraba algo en la sustancia cortical y se extendía á la superficie de los lobos del zerebro que caían sobre el zerebelo, y estos son los Bizios y malas conformaziones que se ha allado en las tres cavidades del cuerpo, más que sufizientes causas para producir el fatal éxito de esta enfermedad».

lucha con un enemigo formidable. Porque á más de la asidua y constante asistencia á un enfermo contagioso empleando todos cuantos procedimientos pudo sugerirles su ciencia y su experiencia, tuvieron los médicos siempre frases consoladoras, lo mismo para la familia que para el doliente, á quienes jamás hacían perder probables vislumbres de esperanza, como se revelaba en los partes que á diario daban, cuyos optimismos no se perdían ni aun cuando se administraron al Monarca los últimos Sacramentos, todo lo cual revela una conducta dignísima que les enaltece á los ojos de la posteridad.

La historia, pues, debe tributar en este caso, como en todos, el más solemne homenaje de gratitud y cónsideración á la Medicina y á los médicos, verdaderos héroes del trabajo y algunas veces mártires de su deber.

(*Concluirá*).

REVISTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

POR EL

DOCTOR R. DEL CASTILLO RUÍZ

Ginecólogo del Instituto Rubio.

SUMARIO: I. Fiebre reumática premenstrual. — II. Colpo-histerectomía por vía combinada perineo-abdominal. — III. Histeralgia. — IV. Tratamiento operatorio de la peritonitis y trombo-flebitis puerperales. — V. Trasplantación de los ovarios. — VI. Resultados inmediatos y lejanos de la ovariectomía aplicada á la cura de los tumores malignos ó sospechosos del ovario.

I. Riebold publica en *Deutsche Archiv. für klin. Med.*, 1908, con el nombre de fiebre reumática recurrente de ovulación, una afección particular de ciertas jóvenes. Los síntomas aparecen algunos días antes de las reglas. La joven presenta en esta época una temperatura elevada con pulso rápido, que parece estar bajo la acción de una infección ó intoxicación intensa.

La fiebre no se establece bruscamente y la temperatura no llega á su máximo hasta pasados algunos días. La duración de esta afección es de cinco á siete días, y los fenómenos observados durante este lapso de tiempo consisten en dolores de la cabeza, el dorso, el vientre y los miembros.

Estos dolores parecen tener predilección por las articulaciones, y

en particular por las de la mano y del pié, que presentan á menudo un empaste característico.

Desde el punto de vista general, se observan trastornos del tubo digestivo, algunas veces hiposistolia con violenta disnea. El descenso de la temperatura no es brusco, se produce por lisis.

Todos estos síntomas hacen entrever el diagnóstico y creer en una crisis de reumatismo articular agudo. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, las manifestaciones articulares son menos pronunciadas que en las artritis reumáticas.

En suma, la afección designada por M. Riebold, fiebre reumatoidea premenstrual, es seguramente de origen infeccioso, parecida al reumatismo articular, pero no siendo, sin embargo, igual á este último. Las lesiones ocasionadas por la repetición frecuente de estos accesos pueden ser graves, puesto que suelen provocar alteraciones definitivas de las articulaciones, y aun también lesiones cardíacas.

La patogenia de esta afección es desconocida.

II. Quénu y Duval proponen una técnica análoga á la de la extirpación abdomino-perineal del recto como el mejor medio de extirpar todo el aparato genital de la mujer en saco séptico cerrado. (*Revue de Chirurgie*, pág. 750, 10 julio 1908).

Esta operación comprende, primero un tiempo perineal, tiempo exclusivamente subperitoneal; incisión circular de la vulva en la cara interna de los pequeños labios, se procede inmediatamente al despegamiento vagino-rectal sobre la mitad posterior de la incisión; este despegamiento está asegurado después de la sección de las fibras de unión del esfinter externo y del constrictor de la vulva y un poco más arriba del músculo recto-vaginal, donde se encuentra el espacio laxo recto-vaginal. El operador pasa entonces á la mitad anterior de la incisión y practica el despegamiento vagino-uretro-vesical: una valva sub-vesical eleva la vejiga y proteje los uréteres. La liberación lateral se hace en dos veces. En la primera se alcanza el suelo perineal desprendiendo y reclinando hacia afuera la vulva después de ligar algunas venas. Queda por hacer la sección del suelo urogenital y la ligadura de la arteria vulvar á ese nivel.

Una ligadura en bolsa cierra definitivamente la vagina transformada en saco cerrado, en un segundo tiempo se termina la liberación de la vagina lateralmente, se lleva el dedo hasta encima de la inserción alta de la vagina: es preciso desprenderla del elevador del ano que está reclinado hacia afuera; nada es más fácil en este

momento que pinzar y ligar las arterias vaginales en la base del ligamento ancho.

La vagina se rechaza hacia adentro y la vulva se sutura longitudinalmente.

La técnica de la operación abdominal no difiere de la histerectomía abdominal. El sáco séptico cerrado es definitivamente extirpado por el abdomen. Quénu y Duval insisten en la necesidad de establecer una sólida barrera entre el abdomen y el periné y aconsejan el tabicamiento de la pelvis y la peritonización en dos picos: un plano reune los labios separados del ligamento ancho; un segundo plano extiende y fija el colon pelviano sobre toda la anchura de la pelvis.

Se establece un desagüe y un taponamiento perineal, el desagüe se mantendrá algún tiempo.

III. Las mujeres tienen siempre tendencia á atribuir al útero todos los dolores del bajo vientre; aun cuando tengan razón, exageran la intensidad de esos dolores. Según M. Dalché (*Revue mensuelle de gynécologie, d'obstetrique et de pediatrie*, marzo 1908), el terreno neuropático, artrítico ú otra influencia, son causa de esta exageración. La dificultad para el práctico está en desechar esta causa exagerada. Esta causa podrá ser el histerismo, la neurastenia, la artritis, la amenorrea accidental, el flujo genital, el frío, todas las lesiones uterinas y sobre todo las desviaciones.

La histeralgia es tenaz, á menudo intensa, con paroxismos; reside en la parte inferior del abdomen, con irradiaciones hacia los lomos y caderas, localizados, ya en el cuello ya en el cuerpo del útero, aumentando por las reglas (útero irritable de Gooch); este tipo clásico tiene también sus variaciones. El histerismo ó la neurastenia pueden también, con todas sus manifestaciones, complicar esta histeralgia, cuando no son ellos los causantes.

Salvo el cáncer ó la expulsión de un pólipo, nada uterino puede provocar tamaños dolores.

El intestino, atacado de enterocolitis, será á veces también causante de ello, con ó sin neuralgia ileolumbar. En otros casos será la enteroptosis, el cistocele ó rectocele la causa de histeralgia; en ciertos casos, á pesar de mucho buscar no se encontrará ninguna causa. Es preciso, sobre todo, cuidar el estado general artrítico, nervioso, cloro-anémico, palúdico, luchar contra el estreñimiento. Si el dolor está localizado, es preciso ser prudente en la terapéutica para no exagerarlo (los pesarios, dilatación, lavados intrauterinos, podrán ser peligrosos). Todos los sedativos serán buenos contra la cri-

sis dolorosa. Las inyecciones serán templadas; la hidroterapia, de la forma escocesa si hay un estado congestivo no inflamatorio, ó bajo la forma de duchas calientes en la región hipogástrica y sobre los riñones. Un agua mineral apropiada estará á menudo indicada.

IV. Con motivo de haber tenido ocasión de tratar algunos casos de peritonitis puerperal, con ó sin tromboflebitis, Leopold, de Dresde, publica un interesante artículo acerca del tratamiento operatorio de la peritonitis y tromboflebitis puerperal (*Archiv. für Gynäkologie*, junio 1908, pág. 483).

Las peritonitis y tromboflebitis puerperales son á menudo debidas á una infección llevada en el parto ó el aborto, siendo el estreptococo el agente microbiano que las produce; sin embargo, en numerosos casos se encuentra el gonococo en el pus y la serosidad peritoneal de estas enfermas Investigando antecedentes, Leopold ha encontrado siempre una infección gonocócica sobrevenida poco tiempo antes de la expulsión del huevo. La expulsión tiene lugar durante la fase aguda de una blenorragia; así, el gonococo encuentra un terreno preparado para el desarrollo y exaltación de su virulencia en el útero puerperal. De ahí la gravedad de los accidentes post abortivos desarrollados después de un parto normal y la necesidad de conocer bien los síntomas para oponerles una terapáutica enérgica.

Después de la expulsión del huevo, las mujeres continúan teniendo algunas pérdidas sanguíneas y presentan una ligera elevación térmica, cuando repentinamente, del tercero al sexto día, aparecen accidentes más graves. Leopold insiste más particularmente sobre la frecuencia y pequeñez del pulso, el hipo y los vómitos; estos síntomas piden la intervención inmediata. Menos importantes son los dolores abdominales espontáneos y provocados por la palpación y el meteorismo. En caso de tromboflebitis, la fiebre tiene grandes oscilaciones; los escalofríos y los dolores en la fosa ovárica bastan para establecer el diagnóstico. Al cabo de algún tiempo, aparecen edemas del miembro inferior del lado correspondiente. La intervención operatoria no debe jamás diferirse más allá del tercer día después de la aparición de los primeros síntomas para la peritonitis, y del segundo para la tromboflebitis.

El tratamiento operatorio de la peritonitis puerperal consiste en un ancho desagüe abdomino-vaginal, con lavado de la cavidad peritoneal. Se hace una incisión mediana sub-umbilical, se esponja el pus, siempre abundante, aun desde el primer día; después se abre el fondo de saco de Douglas y se pasa un desagüe en la vagina. Se desagua

el abdomen en la línea media ó por otras aberturas practicadas en la región inguinal ó lumbar, y antes de cerrar el vientre se procede á un lavado metódico de la cavidad peritoneal con suero fisiológico, hasta que este líquido salga claro por los desagües (10 litros). Cuando hay tromboflebitis sin peritonitis, el tratamiento consiste en buscar la vena enferma; se liga el extremo central más allá del trombus y se extirpa la vena de arriba abajo con los anejos correspondientes. Se pueden extirpar las venas utero-ováricas de los dos lados, y en caso de tromboflebitis extendida á las ilíacas externas, Leopold no duda en aconsejar igualmente la extirpación de éstos.

Según estos métodos, Leopold ha operado 11 casos de peritonitis puerperal con cuatro muertos y casos de tromboflebitis con una muerte. Demuestra que en estas cuatro enfermas que han sucumbido, la intervención había sido hecha demasiado tardía y espera una mejora en las estadísticas, tomando por guía este precepto «demasiado pronto, pero nunca demasiado tarde».

V. En *Surgery Gynecology and Obstectrics* (julio, 1908), Martin, de Chicago, refiere un caso de *heterotrasplantación* ovárica que hay que añadir á los otros dos casos que ha publicado ya en 1903, y cinco casos de *homotrasplantación*. Debe de leerse una revista muy completa de la literatura publicada sobre este sujeto.

En los tres casos de heterotrasplantación se trata de jóvenes en las que se había practicado la castración bilateral y que presentaban los accidentes de la menopausia operatoria. La técnica seguida por Martin, consiste en resecar en el curso de una laparotomía, hecha la misma mañana, fragmentos de ovarios y colocarlos inmediatamente en una solución salina caliente (mientras se prepara la enferma á la que han de hacer el ingerto); á ésta se le fija á cada lado de los cuernos uterinos, suturándoles por la cara cruenta al ligamento ancho previamente avivado. Antes de esto, los cuernos uterinos han sido perforados y la mucosa uterina ha sido suturada al peritoneo, de modo de volver á crear un conducto tubario. Asimismo para mantener la permeabilidad de este conducto, Martin deja dentro, durante quince días después de la operación, un largo hilo de seda que, viniendo al contacto del ovario, vuelve á salir por el conducto utero-vaginal.

Los dos primeros casos de hetero-trasplantación, los que han sido puestos á prueba durante cinco y un años respectivamente, no han visto reaparecer sus reglas. Sin embargo, Martin estima que un cierto derrame vaginal, periódico pero no sanguinolento, reaparece

en las enfermas y puede ser interpretado como una reminiscencia acentuada de la función menstrual, habiéndose arreglado las molestias nerviosas.

En cuanto á los casos de homotrasplantación, consistiendo en ingerto ovárico subperitoneal y yuxta-uterino en el curso de la castración doble, han dado los resultados más admirables.

En cuatro casos sobre cinco, la menstruación ha sido conservada y se han evitado los accidentes menopáusicos.

VI. En un largo é interesante trabajo, C. Schimidlechner (de Budapest) (*Monatsschriff für Geburtshünlfe und Gynäkologie*, julio, 1908), hace una reseña sobre los resultados inmediatos y lejanos de una serie de ovariotomías hechas en la clínica del profesor Tauffer (de Budapest).

De 1880 á 1904, este cirujano ha tenido ocasión de examinar 720 mujeres atacadas de neoplasmas ováricos; pero Schimidlechner, asistente al servicio, nos informa que no se ocupará en su trabajo más que de 147, pues no tiene otro fin que el estudio de los neoplasmas malignos; carcinomas, adenocistomas serosos, sarcomas del ovario; y de estas 147 enfermas, deja á un lado 25, pues las observaciones que sobre ellas hicieron dejaron bastante que desear bajo diferentes puntos de vista. En fin, las conclusiones de este trabajo están basadas sobre 122 casos solamente; es un estudio muy detallado, muy completo, bajo el punto de vista anatómico, histológico y terapéutico.

Los 122 casos se reparten de la manera siguiente: 33 carcinomas (4'72 por 100), 60 adenocistomas serosos (8'33 por 100), 27 sarcomas (3'78 por 100), tumores todos ellos desarrollados á expensas del avario.

Carcinomas. — Bajo el punto de vista de la edad, 3 mujeres tenían menos de veinte años; 8 más de cuarenta y cinco; 14 se encontraban en plena actividad genital; había 28 casadas; 7 solteras; 14 nulíparas, y 21 multíparas.

En 15 casos se trataba de tumores unilaterales (8 á derecha y 7 á izquierda); en 20 casos los dos ovarios estaban atacados simultáneamente. En 9 mujeres había inclusión ligamentaria del neoplasma; en otras, torsión del pedículo; 18 veces se encontró ascitis.

En una operada, las dos trompas estaban cancerosas, el útero fibromatoso y el ovario del lado izquierdo llevaba un embrión.

Estas 35 pacientes fueron operadas por la vía alta, pero en dos casos la operación fué empezada por la vagina.

La ovariectomía fué 26 veces bilateral, 9 unilateral; en otros casos hubo que recurrir á la histerectomía total ó parcial; á 3 solamente se les puso desagüe.

Muertas de la operación 6 (17'14 por 100).

Veamos ahora los resultados lejanos: 19 operadas han sucumbido de recidiva; 13 en el primer año, 5 en el segundo y 1 en el cuarto. El autor señala, además, una operada muerta de una afección accidental, 3 operadas perdidas de vista, 1 muerta por gangrena del pulmón, 1 por recidiva á los tres años y otra á los cuatro años. Total, dos curaciones duraderas (14'2 por 100). El tanto por ciento de las curaciones definitivas sería para Herff, de 8 por 100; para Velets, de 12'5 por 100; para Pfannenstiel, de 14 por 100; para Zwifel, de 28 por 100.

La falta de repululación al cabo de cinco años sería un signo de curación.

Adenocistoma seroso. — El autor nos anuncia 60 casos. En lo que se refiere á la edad, no hay ni una enferma menor de veinte años; 26 tenían más de cuarenta y cinco; 51 estaban casadas, 9 solteras; había 9 nulíparas y 38 multíparas.

En cuanto al sitio de la elección, Schmidlechner menciona 20 pacientes atacadas de tumores unilaterales (10 á la derecha y 10 á la izquierda) y 40 de lesiones bilaterales; había en todo 100 tumores, de los cuales 66 estaban incluídos en el ligamento ancho; Schmidlechner señala aún dos torsiones del pedículo y 18 casos de ascitis.

Todas estas mujeres fueron laparotomizadas; á dos de ellas le extirparon el útero y hubo que ponerles desagüe en cinco casos.

Operadas muertas 2 (3'35 por 100).

De los resultados lejanos se encuentran: 7 muertas de recidiva (1 después de tres años, 2 después de cinco, 3 después de cuatro y 1 después de dos); quedan que anotar aún 2 mujeres que sucumbieron de afecciones intercurrentes y 6 perdidas de vista.

Curaciones duraderas (33 á 82 por 100); según el autor, si al cabo de cinco años la recidiva no se ha manifestado, la curación puede conceptuarse como definitiva; aún no se atreve á dar su opinión sobre 10 operadas que se encuentran muy bien por no haber llegado al quinto año después de la operación.

Para Pfannenstiel, el tanto por ciento de la curación real será de 77 por 100; según Hofmeier, el 88 por 100.

Schmidlechner considera el adenocistoma seroso del ovario como un neoplasma relativamente benigno, teniendo una evolución lenta

y ninguna tendencia destructiva; en la mayor parte de los casos, la recidiva es francamente local; la unilateralidad de la lesiones es un síntoma favorable; y es muy raro que el otro ovario sea atacado después de la ablación del tumor primitivo. Sin embargo, es preciso desconfiar de las lesiones primitivas.

Sarcomas. — Hemos visto que las pesquisas del autor han recaido sobre 27 casos de esta afección.

La enferma más joven tenía catorce años, la más vieja sesenta y uno; 3 mujeres tenían menos de veinte años, 18 estaban en la edad de gran actividad genital, 6 contaban más de cuarenta y cinco años; había 20 mujeres casadas, 7 solteras, 12 nulíparas y 15 multíparas.

En 26 casos las lesiones eran unilaterales (10 á derecha y 16 á izquierda), una sola mujer tenía atacados los dos ovarios; la inclusión ligamentaria existía en 6 pacientes; en otras 3 se notaba la existencia de una torsión pedicular, en 11 casos se encontró ascitis. El autor da cuenta de 25 ovariectomías sencillas y 2 dobles; solamente á una operada se le puso desagüe; muertes operatorias 3 (11'1 por 100).

Pasemos á los resultados lejanos: 3 muertes por recidiva, 1 muerte después de un año, otra después de dos, 1 después de cuatro, 1 de enfermedad intercurrente; 17 operadas parecen curadas definitivamente. El pronóstico de la curación real será, pues, para Tauffer, de 85 por 100; Zweifel, de 67 por 100; Pfannenstiel, de 58 por 100; Hofmeier, de 70 por 100; Velets, de 71 por 100, y Olshausen, de 75 por 100.

Aquí también la ausencia de recidiva al cabo de cinco años, sería una prueba de curación definitiva.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Tratamiento de la esclerosis espinal por la electroionización.—En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* publica el Dr. Enrique Vilches y Gómez el siguiente caso:

« Enferma de treinta y dos años de edad, bien constituída, casada, y sin antecedentes personales ni de familia, hacía próximamente un año que empezó á notar la rigidez de las extremidades inferiores, principalmente

de la derecha, cuya rigidez iba aumentando desde entonces paulatinamente. Había exaltación de los reflejos rotulianos y ligero clonus del pié, más acentuados á la derecha, y completa integridad de la sensibilidad y esfínteres. El signo de Babinski, negativo. Nada de sífilis adquirida ni hereditaria.

No hay tampoco antecedentes histéricos ni estigmas de la neurosis; además, el curso de la afección y la rigidez muscular característica que se observa en los movimientos pasivos, hablan por completo en favor de una esclerosis lateral. El aspecto de la enferma durante la marcha, casi basta por sí sólo para diferenciar la verdadera paresia espasmódica espinal de la histérica. El signo de Babinski positivo es indudablemente una demostración cierta de la lesión de la vía piramidal; pero su falta no puede interpretarse en el sentido de la integridad de dicha vía, según se ha demostrado ya repetidas veces. (Openhein y otros).

No existía, en fin, ningún otro síntoma que pudiera hacer sospechar se tratase de lesiones combinadas de la médula; y aunque es difícil establecer con seguridad un diagnóstico de lesión sistematizada, es decir, de una esclerosis lateral típica, habremos de aceptar este supuesto á falta de pruebas en contrario.

La enferma fué sometida á la electroionización del cloro que, como ya hemos dicho, tiene una positiva acción esclerolítica, puesta de manifiesto en muchos procesos esclerosos por distintos observadores, y comprobada por el Dr. Vilches en varios casos referidos.

Bien es verdad que hasta ahora la mayoría de los ensayos de este procedimiento se ha hecho tan sólo en lesiones relativamente superficiales, como son, por ejemplo, las esclerosis de las articulaciones, adonde parece que puede llegar más fácilmente la acción de los iones medicamentosos; pero no puede negarse la posibilidad de que dicha acción alcance también á órganos más profundamente situados, siquiera se hallen, como la médula, protegidos por una cubierta ósea. Esto no es obstáculo al paso de la corriente, y por lo tanto, á la penetración de la substancia ionizada, como no lo es el cráneo, á través del cual pasa aquélla con la facilidad que ha demostrado Leduc en sus curiosas experiencias sobre la epilepsia experimental, el sueño eléctrico y otros interesantes fenómenos debidos á la acción directa de la electricidad sobre el encéfalo.

Ciertamente que el flúido eléctrico no alcanza la médula con la facilidad que lo hace en el cerebro; pero esto no es debido á la barrera que pueda ofrecerle la columna vertebral, sino á que siendo muy conductoras las masas musculares que llenan los canales vertebrales, derivan cierta cantidad de flúido de la corriente que ha de atravesar los tejidos para llegar á la médula. No obstante, como quiera que en este sitio se emplean, sin los cuidados que ofrecen las aplicaciones cefálicas, intensidades más elevadas, puede perfectamente compensarse este déficit y hacer llegar á la médula la energía necesaria.

Siguiendo la técnica para estas prácticas electroiónicas, fué sometida á ellas la enferma en sesiones de treinta á cuarenta minutos, las dos primeras, prolongándolas después hasta alcanzar la duración de una hora las últimas. Desde la tercera aplicación empezó la enferma á mover más libre-

mente sus piernas; la rigidez muscular fué lentamente disminuyendo, así como la excitabilidad refleja, y, para abreviar, á las 25 sesiones apenas se notaba nada en la marcha, siendo casi por completo semejante á la de una persona sana. Los reflejos continuaban exaltados, aunque en un grado menor, y lo que había enteramente desaparecido era el clonus del pié. En esta situación, y cuando esperaba que la enferma, que tan satisfecha se encontraba por la inesperada mejoría, perseverase en el tratamiento con gran constancia, se ausentó de Madrid.

En los primeros días de junio último empezó el tratamiento electroiónico de otro enfermo del Instituto Rubio, que presentaba un cuadro sintomático análogo al de la enferma anterior, si bien el padecimiento era más antiguo (tres años); pero este enfermo sólo recibió cinco aplicaciones por haberse terminado el curso y suspendido las consultas. El último día le manisfestó el enfermo que sentía ya algún alivio, y quedó convenido el reanudar el tratamiento en el próximo otoño.

Tiene en la actualidad otro caso, en la consulta particular, sometido á la misma medicación, y el cual está en los comienzos del tratamiento.

En efecto; en el último número de *Archives d'Electricité Médicale* (10 julio 1908), tomado del *British medical Journal* (4 abril 1908), se halla un artículo del Dr. Dawson Turner con la exposición de dos casos de esclerosis lateral de la médula, tratados por la electroionización del cloro con resultados muy satisfactorios, y otro de esclerosis diseminada, sujeto al mismo tratamiento, sin éxito hasta el presente.

El Dr. Vilches comenzó sus ensayos en febrero último, sin tener la menor noticia de las experiencias de Dawson; y si desea consignarlo así, no es ciertamente porque juzgue el hecho meritorio, pues muy de esperar era, y muy lógico, que á cualquiera ocurriese la idea de hacer aplicación, á lesiones análogas de otros órganos, del método de Leduc para las esclerosis articulares, conocido y comprobado por gran número de prácticos.

«En resumen, dice, si la acción esclerolítica del ion cloro ha sido demostrada en ciertas lesiones articulares y de otros órganos, ¿por qué no hemos de suponer al menos que esta misma acción pueda ejercerse sobre otras esclerosis, que si bien más profundamente situadas, y, por consiguiente, más difíciles de alcanzar, no es, sin embargo, imposible lograrlo, como lo prueban multitud de experiencias, acerca de la penetración de los iones, á través de los tejidos y á grandes distancias, en virtud de la corriente eléctrica? Los escasos hechos hasta ahora recogidos empiezan á darnos la razón; el porvenir no tardará en dictar el fallo definitivo. Entre tanto, todos los procesos determinados por un desarrollo anormal del tejido fibroso, ya superficiales, ya de órganos más profundos, como el hígado, el riñón, etc., pueden y deben ser sometidos á este singular procedimiento, medio de acción poderoso, sencillo y completamente inofensivo».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 13 de Octubre de 1908.

Tratamiento de ciertas formas de infección puerperal por la corriente continua de oxígeno. — El Dr. P. Reynier: No hay infección puerperal, sino infecciones puerperales de lesiones múltiples muy distintas, para las que debe instituirse una terapéutica especial en cada caso, lo que prueba cuán mal deben conocer la infección puerperal los que sólo aconsejan un tratamiento ó una operación, la histerectomía, por ejemplo.

Aunque, en efecto, no hay más que una puerta de entrada por donde penetra la infección, el orificio del cuello uterino, sin embargo los microbios que penetran por ella son numerosos y muy diferentes en su acción y en su resistencia.

Gonococos, estreptococos, saprofitos, anaerobios y aerobios, producen infecciones diferentes por su localización, por el pronóstico y por la terapéutica. Conviene, por lo tanto, hacer el diagnóstico.

Creo conveniente recordar los caracteres que adquiere la infección debida á los anaerobios asociados á otros organismos, como el estreptococo, ó sin asociación.

He demostrado que la infección saprofítica, aunque puede complicarse con un estado general grave, queda siempre local, en lo que se diferencia de aquella otra en la que predomina el estreptococo.

El examen de los órganos genitales permite descubrir casi siempre este género de infección; sale del útero una sanies rojiza muy fétida. Las heridas de la vulva, si existen, adquieren un aspecto especial. Toman un color gris opaco. Las paredes de la vulva están descoloridas y cubiertas de un mucílago gríseo.

En cambio, en la infección estreptocócica franca, que principia al tercero ó cuarto día por un gran calofrío, la secreción uterina se suspende, las heridas quedan secas y el vientre tarda poco en abombarse, lo que indica el paso rápido del estreptococo desde la cavidad uterina al peritoneo.

En estas infecciones, en las que los saprofitos, los anaerobios, predominan, en presencia de estas vaginas cubiertas de falsas membranas, toda intervención cruenta parece contraindicada. El traumatismo instrumental más ligero expone en tales casos á aumentar la infección. Todos estamos de acuerdo para decir que en tales casos es preferible recurrir á las inyecciones antisépticas. Las que se han recomendado más son las de agua oxigenada, de agua yodada ó de permanganato. Por desgracia, en los casos graves que nos ocupa suelen ser ineficaces y he visto á muchas enfermas

morir á causa de estas infecciones de anaerobios y de estreptococos sin conseguir limpiar su vulva de placas difteroides.

En vista de tales fracasos, y por consejo del Dr. A. Reverdin, de Ginebra, he principiado á experimentar este mismo año la nueva terapéutica de que voy á ocuparme. Consiste en el empleo del oxígeno, pero no disuelto en un líquido, sino en estado gaseoso.

Conocemos hace mucho tiempo las propiedades antisépticas maravillosas de este gas, que el profesor Thiriar, de Bruselas, ha recomendado en el tratamiento de las infecciones anaerobias, en los flemones gaseosos, cuya marcha ha logrado contener inyectando alrededor de la piel oxígeno.

Los resultados que he obtenido con estas inyecciones son tan satisfactorios, que creo conveniente llamar sobre ellos la atención.

Procedo de la manera siguiente: Después de lavar la cavidad uterina con agua oxigenada ó yodada, dejo aplicada la sonda de doble corriente y adapto á ella un tubo de caucho en comunicación con un depósito de oxígeno como los que se emplean en el aparato de cloroformización de Roth-Dreyer; la sonda debe quedar aplicada durante varios días, haciéndose pasar por ella una corriente de oxígeno que, después de bañar la cavidad del útero, sale por la vagina. El oxígeno penetra poco á poco y sin presión.

He empleado este tratamiento en cuatro enfermas. La fiebre disminuyó con rapidez y la vulva, la vagina y el útero tardaron poco en verse limpios de placas difteroides. Debo, sin embargo, decir que en los casos más graves, además de las inyecciones intrauterinas de oxígeno, hice inyecciones venosas de electrargol ó de suero yodado en inyección subcutánea. Responderé á los que me objeten que los resultados obtenidos fueron debidos á la acción de estos últimos medicamentos, que los he empleado en casos análogos, sin el concurso del oxígeno, y jamás he visto mejorar las lesiones locales, y en cambio he visto triunfar al oxígeno en casos en que habían fracasado los otros medios. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Octubre de 1908 (1).

Hematoma de la vesícula seminal.—El Dr. Hartmann: Nos ha comunicado el Dr. Marion la observación de un hombre de treinta años que entró en el hospital por padecer una gran frecuencia de micciones; el tacto rectal hizo notar una vesícula seminal dura y muy aumentada de volumen, y como existía al mismo tiempo dureza del testículo y del epidídimo, se hizo el diagnóstico de tuberculosis. Se puso al descubierto la próstata y la vesícula y después de haber extirpado esta última, se hizo la ablación del testículo y del cordón; las consecuencias operatorias nada presentaron de particular. Al examen microscópico se vió que no se trataba de lesiones tuberculosas, sino simplemente de un voluminoso derrame de sangre en la vesícula y de una infiltración de la misma naturaleza en los demás tejidos.

(1) Primera del curso académico actual.

De la embolia pulmonar consecutiva á la cura radical de la hernia inguinal. — El Dr. Mauclaire: He observado uno de estos casos en un hombre de cuarenta y dos años con hernia inguinal derecha voluminosa. La operación fué fácil, á pesar de las dificultades de la separación de las venas del cordón que estaban adheridas; se colocó una ligadura y cuatro días después de la operación apareció una tumefacción del cordón y del escroto del lado operado, y dos días más tarde se manifestaron fenómenos iguales en el lado izquierdo. El enfermo no había tenido fiebre ni otros accidentes cuando, doce días después de la cura, se presentaron los síntomas de una embolia pulmonar, de la cual curó. He podido recoger cincuenta casos de embolia á consecuencia de estas curas, unas poco graves y otras mortales. En Italia, donde ha sido hecho este estudio, se cree que la embolia aparece en la proporción de tres por mil operaciones. Como lesiones anatómicas se han encontrado flebitis de las venas espermáticas y femorales del lado operado y algunas veces las mismas lesiones en el lado opuesto y hasta flebitis de las venas ilíacas. Desde el punto de vista patogénico se cita como causas locales la infección de la herida, la tromboflebitis de las venas espermáticas y la flebitis de la vena femoral correspondiente, y como causas generales la infección general del individuo y el estado flebítico general.

El Dr. Hartmann: Nunca he tenido embolias á consecuencia de la cura de hernias; creo que deben atribuirse á infecciones atenuadas.

El Dr. Tuffier: Tal debe ser, en efecto, la causa de estas embolias, como lo es para la mayoría de ellas. Los cincuenta casos indicados por el doctor Mauclaire representan un número poco considerable si se tiene en cuenta la multiplicidad de curas que se practican.

El Dr. Legueu: El año pasado observé un ejemplo de este género en un operado que no tuvo ni fiebre ni supuraciones; el accidente fué seguido de curación.

El Dr. Broca: Sólo he visto un caso de este género en una mujer que tuvo una flebitis de la femoral y que sucumbió.

El Dr. Nélaton: He observado algunas veces otros accidentes benignos que pueden pasar inadvertidos, que aparecen hacia el séptimo ú octavo día y que consisten en una ligera elevación de temperatura, dolor de costado y algunas veces un pequeño brote pleurítico y algunos esputos hemoptóicos; todo ello desaparece en algunos días. Estos fenómenos se parecen á los que tal cual vez se observan después de la apendicectomía, y creo que son debidos á pequeñas embolias.

El Dr. Walther: Estas embolias son mucho más frecuentes de lo que se cree; he visto de ellas un cierto número que no deben sólo ser atribuidas á la infección local, sino que también á una infección intestinal.

El Dr. Mauclaire: He sido testigo de estos pequeños accidentes que ha referido el Dr. Nélaton á consecuencia de otras operaciones.

La permanencia en cama de los operados.—El Dr. Picqué: Hace algunos meses nos habló de esta cuestión el Dr. Faure. Contra la permanencia prolongada en cama combatida por nuestro colega, referiré el hecho siguiente observado por mi interno:

Se trata de una mujer con accidentes graves de hemorragia y de dolores intestinales intensos debidos á un fibroma y á un piosalpinx probable; la

laparotomía permitió extirpar un fibroma del ligamento ancho y un hematosalpinx; la curación se obtuvo sin incidentes. Trece días después de la operación la enferma tuvo súbitamente una disnea intensa sin lesiones pulmonares; se hizo levantar á la enferma y la disnea desapareció.

(*Le Bull. Med.*)—CODINA CASTELLVÍ.

REAL SOCIEDAD DE MEDICINA DE LONDRES

Sección de Cirugía.

Sesión del día 13 de Octubre de 1908 (1).

Ruptura traumática del intestino.—El Dr. *Berry*, después de referir el caso de un hombre observado en el *Royal Free Hospital*, que padecía una ruptura del íleon, consecutiva á una coz, y al que operaron con éxito completo, hizo algunas observaciones sobre este asunto, fundadas en una estadística de 132 casos observados en los principales hospitales de Londres. Los resultados de esta estadística difieren algo de los de las estadísticas de Hertle, Curtis y Petry, quienes las han formado con casos de distintos orígenes, y en las que han incluído un número quizá excesivo de éxitos. De los 132 casos de los hospitales ingleses, 122 pertenecían al género masculino y 10 al femenino; 14 eran niños de menos de diez años, 32 tenían de diez á veinte años, y 17 más de veinte años. De estos casos la ruptura fué debida 51 veces á atropellos de carruajes, 24 á magullamientos, 23 á golpes, 16 á coces y 11 á caídas. La mayor parte de las rupturas recayeron en el intestino delgado; en 12 casos la ruptura fué múltiple, y en 24 estaba complicada con otros traumatismos.

Respecto al diagnóstico, de cuya rapidez depende el éxito del tratamiento, cree el Dr. Berry que los síntomas que permiten hacerle son pocos, pero característicos. Los antecedentes de traumatismo, el dolor (local, fuerte y continuo), la sensibilidad y rigidez, suministran datos importantísimos para el diagnóstico; además, puede haber vómitos, aumento del número de pulsaciones y macidez local. La distensión del abdomen y la desaparición del sonido macizo en la región del hígado cuando se producen, tardan tanto en hacerlo que su existencia indica una terminación fatal. La ruptura secundaria, horas ó días después del traumatismo, es de pronóstico mucho más difícil.

La mortalidad en los 132 casos fué de 87 por 100; la de los operados de 80 por 100.

El Dr. *G. Turner* refirió el caso de un muchacho cuyo recto fué roto por un trozo de madera introducido por el ano; el peritoneo fué manchado con los excrementos, pero se practicó la laparotomía, se cerró la sutura y el enfermo curó. Recordó un caso que prueba la importancia de no alimentar á los enfermos en los casos sospechosos; á los cinco días de un traumatismo del abdomen se permitió comer al enfermo, y al poco tiempo

(1) Primera del curso actual.

se presentaron síntomas graves, que terminaron por la muerte; al hacer la autopsia se encontró roto el duodeno.

El Dr. *Gomes* citó un caso en el que los síntomas fueron enmascarados completamente por permitirse al enfermo—un chino—fumar opio.

El Dr. *P. W. G. Sargent* encareció la importancia del aumento del número de pulsaciones como signo diagnóstico. Citó un caso de herida del abdomen por bala, en el que dicho aumento fué el único síntoma que presentó el enfermo, á pesar de tener varias perforaciones intestinales. En el Hospital de Santo Tomás, de Londres, de 22 casos hubo 8 curaciones, debidas á que los heridos fueron operados sin perder tiempo.

(*The British Medical Journal*). — F. Toledo.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.

(Continuación).

Tratamiento del cáncer del aparato urinario y de los órganos genitales del hombre.—El Dr. F. Legueu (de París): En el aparato urinario, en general, el cáncer no ataca todos los órganos con la misma malignidad. En cada territorio la enfermedad encuentra en su invasión barreras diferentes cuya resistencia variable impone á la marcha del tumor un carácter especial.

Los cánceres más graves son los de la próstata, los de la uretra y los de la vejiga, en los que es preciso hacer el diagnóstico precoz. Cuando se conoce la existencia del tumor, éste tiene ya dimensiones considerables y la operación, por arriesgada que sea, es siempre insuficiente.

En cambio en el riñón, el testículo y el pene, sobre todo en estos dos últimos órganos, el cáncer es menos grave y se obtienen curaciones por los medios quirúrgicos. En el cáncer renal las curaciones definitivas son hasta ahora bastante raras; en el del testículo y el pene se citan mayor número de curaciones. ¿Débese esto únicamente á que la situación externa de dichos órganos permite el diagnóstico más precoz gracias á la facilidad mayor del examen? Es poco probable.

Sea lo que fuese, estos hechos animan y autorizan á hacer todo género de tentativas; aunque la cirugía del cáncer reserva á cada paso sorpresas, cada vez se corrobora más la idea de que las curaciones más prolongadas se obtienen con las operaciones que son á la vez *precoces*, *extensas* y *completas*, es decir, que extirpan el tumor y sus propagaciones ganglionares ó de otro género, en lo posible, en una sesión y en masa.

Cáncer del pene.—El Dr. Ribera y Sans (de Madrid): El cáncer epitelial del pene es, según mis observaciones, el menos grave del aparato genital.

Queda localizado durante mucho tiempo, condición favorabilísima para la curación definitiva. La adenopatía no es constante y además las adenopatías inguinales en el cáncer peniano no son siempre cancerosas.

He operado 20 enfermos de cáncer del pene, y de ellos sólo 8 tenían ade-

nopatías; en los restantes no existían, á pesar de que en algunos casos el cáncer era muy extenso.

El examen fué negativo en algunas observaciones, y como ejemplo citaré el caso siguiente: Hombre de cincuenta y ocho años. Epitelioma del pene: adenopatía inguinal derecha; amputación del pene en 1901 y extirpación de la adenopatía; el examen microscópico demostró que se trataba de un epitelioma peniano en globos, que los linfáticos estaban llenos de células epiteliales, pero que la adenopatía no era específica. Curación. El enfermo no ha tenido recidiva.

Esta observación es interesantísima, porque demuestra cómo se propaga el epitelioma; demuestra también que las adenopatías no son siempre epiteliales, y sobre todo prueba la posibilidad de la curación definitiva de un epitelioma del pene por la amputación de la porción libre.

Tres operaciones pueden practicarse como tratamiento del cáncer del pene; y digo tres, porque creo que hay diferencias entre la amputación simple de la parte libre y la formación de una uretra en la región perineal; es decir, que podemos hacer la amputación parcial dejando una porción libre del pene, operación de Erichsen; la amputación completa del pene con formación de una uretra en la región perineal, operación de Argumosa, y la emasculación total, operación de Paci.

Veremos las diferencias que existen entre estas tres operaciones. En las tres se extirpan ó no los ganglios inguinales. Cada una tiene sus indicaciones, y creo que no es posible sostener científicamente que es necesario siempre practicar la emasculación total, porque la mayor parte de los epiteliomas del pene pueden curar con la amputación.

Es preciso dividir los epiteliomas del pene según la extensión de sus lesiones; en la mayor parte de los casos el cáncer se halla limitado á una parte de la porción libre del pene; á veces ésta afecta toda la porción libre, y la induración gana la parte retropubiana y en ciertos casos excepcionales se encuentra enfermo el escroto.

En el primer grupo de enfermos basta la amputación del pene; en el segundo es preciso amputar este órgano, pero hasta las ramas del isquión, disecando los cuerpos cavernosos y, por consiguiente, la porción perineal de la uretra después de hendir el escroto; y, por último, es necesario dejar la emasculación total para los casos raros de cáncer del pene propagado al escroto.

¿Qué inconveniente hay en dejar los testículos? Haciendo caso omiso de sus funciones como glándulas de secreción interna, creo que la operación es sencillísima en la amputación; más grave cuando hay que formar una uretra perineal, y que la emasculación total es la más grave de las tres operaciones, y como no digo la más curativa, como la emasculación no evita las recidivas más que las otras dos operaciones, como en los cánceres limitados la amputación da tantas seguridades de curación, creo que la discusión no es posible y que en el cáncer del pene debemos hacer lo que en el de otras regiones: suprimir toda la parte enferma, pero no practicar operaciones inútiles ni exponer los enfermos á peligros innecesarios.

He practicado 15 amputaciones del pene; 4 amputaciones con transplantación de la uretra al periné; una emasculación total.

Amputación del pene.—Prefiero el procedimiento de Erischsen: incisión circular de la piel; disección de un trozo de uretra de un centímetro próximamente; sección de los cuerpos cavernosos al rape de la piel retraída; incisión de la pared superior de la uretra en la extensión de unos cuantos milímetros; sutura de la uretra á la piel y de ésta delante de los cuerpos cavernosos. Divido siempre longitudinalmente la uretra para evitar la estrechez consecutiva, y prefiero la incisión superior, según recomienda Erichsen, porque la micción es más fácil.

Las 15 amputaciones no tienen todas la misma importancia: en 10 enfermos amputé el pene por el tercio medio, ó por el tercio anterior, ó por la unión del tercio medio con el posterior; nada debo agregar á lo que acabo de decir. En 5 casos (sobre todo en 3), practiqué la amputación casi al rape de la sínfisis pubiana, siguiendo el mismo procedimiento, dejando apenas un centímetro de pene, y sin que los enfermos tuvieran trastorno alguno después de curar, y sin que la orina irritara lo más mínimo el escroto. Como creo más grave la formación de una uretra perineal (procedimiento de Argumosa), prefiero la amputación, aunque tenga que hacerla al rape de la sínfisis, porque he visto que son imaginarios los peligros que indican los autores.

Las 15 amputaciones han producido los resultados siguientes: Descartaremos 2 enfermos operados á principio del año actual, que se encuentran muy bien; en los otros 13 ha habido 11 curaciones y 2 recidivas, en uno de éstos nueva operación y nueva reproduccción; las dos reproducciones han sido una vez en el pene y otra en los ganglios que había extirpado. De los 11 enfermos curados, 8 no tenían adenopatías inguinales; 3 sí, y fueron extirpadas.

Es difícil precisar en el epitelioma del pene la supervivencia, sobre todo á larga fecha, porque la mayor parte de los enfermos son personas de edad. En 1888 operé á un señor de sesenta años; murió de una afección cardíaca, pero después de un tiempo suficiente para asegurar que estaba curado del cáncer. Otro que operé en 1894 tenía setenta años. Puede seguirse observando á los enfermos, pero no muchos años, y, por consiguiente, puedo asegurar la curación de estos operados; en un caso, la curación persistía á los siete años.

Operación de Argumosa.—Es la extirpación del pene descripta por algunos autores. Fué descripta en el núm. 22 de la *Gaceta Médica de Madrid* (abril de 1845); la fecha de la publicación de este procedimiento, muy anterior al de Gould, me obliga á darla el nombre de operación de Argumosa.

El enfermo tenía un epitelioma de toda la porción libre del pene; incisión circular alrededor de la base del pene al rape de la sínfisis; incisión longitudinal para dividir la piel en toda la longitud del rafe escrotal; separación de las dos bolsas; la incisión tenía la forma de φ. Sección de todos los tejidos hasta los cuerpos cavernosos; disección de éstos hasta su inserción en las ramas del isquión; amputación de toda la parte enferma después de haber desprendido el pene. Incisión de la extremidad de la uretra; sutura de ésta á la piel del periné por debajo de las bolsas; sutura del borde escrotal al perineal, de manera que los dos testículos quedaran independientes.

Esta operación, como digo, fué publicada por Argumosa en 1845 y desde entonces la hemos practicado en España todos cuantos hemos leído el *Tratado de Cirugía* de este autor (figs. 1 y 2).

Los 4 enfermos que he operado por el procedimiento de Argumosa, dieron: una muerte á los diez años de la operación, el enfermo era albuminúrico; una recidiva que exigió una nueva intervención, cuyo resultado ignoro, y 2 curaciones. Uno de ellos vivió seis años sin recidiva. El otro, operado en 1904, se encuentra bien.

Sólo he hecho una emasculación total; el enfermo tenía cuarenta y dos años; el tumor era enorme: una ulceración extendida desde la base del

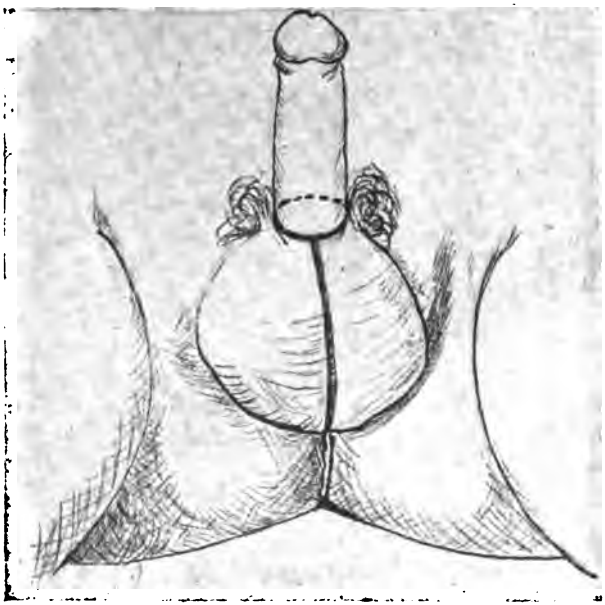


Figura 1.

pene hasta el glande; la uretra estaba perforada y el escroto invadido; adenopatías inguinales en ambos lados; hice la emasculación en 1897. El enfermo salió curado de la clínica, y como no he vuelto á saber de él, sólo hablo de curación operatoria.

Cáncer del riñón.—Desde las primeras nefrectomías que practiqué llamó mi atención la diferencia enorme que hay como gravedad entre la nefrectomía lumbar y la transperitoneal; pero los tumores voluminosos del riñón no es posible extirparlos por la vía lumbar, y algunos fracasos que tuve me hicieron pensar en la necesidad de practicar una operación que, dando el espacio de las transperitoneales, no fuera más grave que la lumbar, y creo haberlo logrado con la operación paraperitoneal siguiente:

Hago una incisión vertical paralela á la línea axilar, pero 3 ó 4 centímetros más atrás; principia en el borde inferior de la 12.ª costilla y termina

en la cresta ilíaca cerca del punto de unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores.

Del medio de esta incisión parte otra transversal perpendicular á la primera, en dirección al raquis, y que llega á 6 ó 7 centímetros de él. Resulta una ⊣ invertida, y por consiguiente la formación de dos colgajos.

Estas incisiones cortan los planos siguientes: la vertical; piel y tejido celular; la aponeurosis superficial; los músculos oblícuos mayor y menor, y el transverso; se ve en el fondo la cápsula grasosa del riñón y el pliegue del peritoneo que envuelve el colon y el intestino delgado; la incisión transversal corta el oblicuo mayor; las hojas aponeuróticas del transverso; la masa de músculos sacrolumbares; el cuadrado de los lomos.

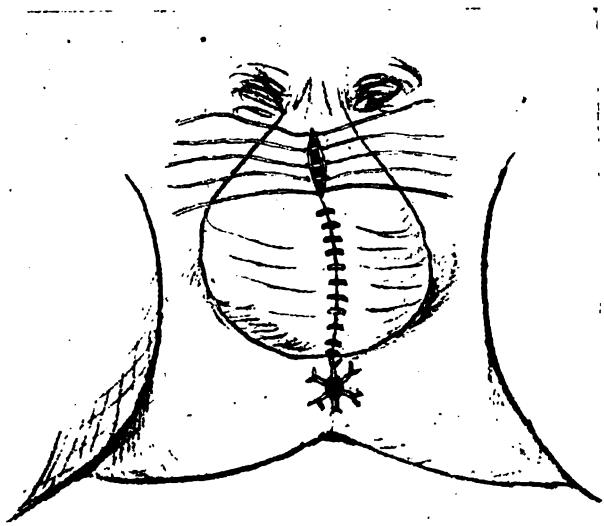


Figura 2.

Separando los colgajos se ve la cara posterior del riñón, el colon, el intestino delgado, y no se toca al peritoneo, es decir, que se consigue un espacio tan grande del campo operatorio, como puede darlo la incisión de la laparotomía, sin el peligro de herir el peritoneo, es decir, que obtenemos la facilidad de la maniobra operatoria que da la operación transperitoneal, con las ventajas de la incisión lumbar.

He practicado esta operación algunas veces por quistes hidatídicos del riñón, tuberculosis, etc.; circunscribiéndome á los casos de cáncer, diré que he practicado 4 nefrectomías, 3 sarcomas y un carcinoma encefaloide; éste fué operado en 1900, y murió antes de los dos meses por reproducción. En los 3 sarcomas he obtenido 3 curaciones definitivas.

Vejiga.—Cinco epiteliomas de la vejiga, tratados por la extirpación, han dado una muerte operatoria y 4 curaciones operatorias, pero ninguna curación definitiva, porque la neoplasia se reprodujo á los tres meses de la operación; sólo en un caso podía esperarse la curación, porque el enfermo

no tenía padecimiento alguno, pero se suicidó y no se sabe lo que hubiera ocurrido.

Testículo.—He hecho 22 castraciones unilaterales por tumores malignos del testículo.

1 epitelioma: reproducción.

2 condromas: una reproducción.

1 fibromioma: lo diagnosticamos de sarcoma, porque estaba ulcerado; una curación.

1 mixosarcoma: niño de poca edad; una muerte.

18 sarcomas: 2 muertes, 3 recidivas, 8 curaciones y 5 resultados desconocidos. Las 8 curaciones persistían después de los tres años; el último caso fué un niño de dos años operado en enero de 1905.

En resumen, los 22 tumores malignos del testículo han dado: 3 muertes operatorias, 5 recidivas, 9 curaciones y 5 resultados desconocidos.

Cáncer de la boca y sus dependencias.—El Dr. Ribera y Sans: La complejidad de los órganos que contribuyen á formar la boca parece que se opone á un estudio de conjunto de los tumores malignos de dicha región, por ser sumamente distinta la marcha y el pronóstico de los tumores de la lengua y de los tumores de los maxilares, y sin embargo y á pesar de ello y á reserva de hacer algunas indicaciones después especiales á cada uno de dichos órganos, creo conveniente hacer el estudio de conjunto de algunos hechos que son comunes á todas las operaciones que interesan la cavidad bucal, tanto más cuanto que dichos hechos son discutibles, sin que haya acuerdo respecto á su valor y á su necesidad, sino que cada cirujano los emplea ó no según su temperamento y las ideas preconcebidas; me refiero al empleo de la anestesia, de la isquemia preoperatoria y de la traqueotomía preventiva en las operaciones que interesan la cavidad bucal y que limitaré principalmente á las operaciones que interesan la lengua y los maxilares superiores é inferiores exigidas por tumores malignos.

Aun así limitado, comprende mi estadística cierto número:

Epiteliomas de la lengua, 43.

De la mucosa del carrillo, 5.

Tumores malignos del maxilar superior y pólipos nasofaríngeos que exigen su resección, 36.

Tumores malignos del maxilar inferior, 25.

Es decir, un conjunto de 109 enfermos operados por tumores malignos de lengua, carrillo y maxilares.

Anestesia.—Rechazando la posición de Rose, la traqueotomía previa á lo Trendelenburg, admitía que cuando se opera y se interesa la cavidad bucal, sólo se debe anestesiar en los primeros tiempos del acto operatorio, hasta tanto que se incinde la mucosa de la boca y pueda caer la sangre en la laringe, y así he practicado todas las resecciones del maxilar superior y del inferior, y las extirpaciones de epiteliomas del labio superior é inferior que han exigido autoplastias extensas hasta el año 1895.

Pero ya por aquella época, si bien en casos muy especialísimos, me atrevía á administrar el cloroformo durante todo el acto operatorio, en algunas operaciones de lengua; tirando fuertemente de la lengua, circunscribiendo el tumor por medio de dos pinzas, una colocada de delante á atrás en la

línea media, y otra transversal por detrás del tumor, extirpando á éste y uniendo las dos incisiones con una serie de puntos, con el fin de reconstituir la lengua, y no separando las pinzas hasta haber anudado los puntos, obteniendo de este modo una hemostasia perfecta; pero este hecho era excepcional: hasta finales del curso de 1900 á 1901, en que por primera vez hice una resección del maxilar superior con anestesia hasta el final del acto operatorio; pero de tal manera era el prejuicio que tenía contra la posición de Rose, que en mis primeras operaciones no colocaba al enfermo en dicha posición desde el primer momento, y empezaba por cloroformizar al enfermo; y una vez formado el colgajo y puesto al descubierto el hueso y ligados la facial y coronarias del labio superior, se suspendía por un momento la cloroformización y colocaba al enfermo en la posición de Rose, continuando la administración del cloroformo.

Y es que no se puede negar que la posición de Rose en toda su pureza, dejando colgada la cabeza del todo por fuera del borde de la mesa, es sumamente incómoda para el operado, cambia por completo las relaciones y produce trastornos, aun cuando sean pasajeros, de la circulación de retorno; pero una serie de operaciones en el cuello, principalmente tiroidectomías, extirpación de tumores ganglionares, hechas colocando sencillamente una almohada cilíndrica por detrás y debajo de la región cervical, quedando con este medio en ligera extensión la cabeza y muy prominente la región anterior y la laringe, me hicieron entrever la posibilidad de adoptar dicha posición para todas las intervenciones en que hubiera que interesar la cavidad bucal, porque con tal posición, si la sangre no afluía por las ventanas de la nariz, pretensión de la posición de Rose, basta en cambio para que fuera acumulándose en la cara posterior de la faringe, bastando en su consecuencia con algún ligero cuidado de limpieza, de cuando en cuando, para evitar que por el acúmulo de grandes cantidades pudiera llegar al nivel de la abertura glótica. Los hechos confirmaron tal presunción, y desde entonces todas cuantas operaciones hago en lengua, maxilares, labios, etc., es decir, siempre que tengo que llegar á interesar la mucosa bucal (refiérome á operaciones de importancia), me limito á colocar una almohada cilíndrica por debajo del cuello, con lo cual queda la cabeza ligeramente colgada, lo cual basta para que se pueda administrar el cloroformo durante todo el acto operatorio, sin peligro alguno, sin haber observado el más pequeño inconveniente y evitando las dificultades que para el operador y los trastornos posibles de circulación que para el enfermo trae consigo la posición extrema de Rose; 23 extirpaciones más ó menos extensas de lengua, desde la extirpación de un epitelioma del frenillo, hasta la extirpación total de la lengua con suelo de boca, con resección del cuerpo del maxilar, etc., etc.; 20 resecciones del maxilar superior, no sólo casi todas totales, sino que dobles en algunas de las observaciones, y 14 resecciones de maxilar inferior y de ellas cuando menos 8 de una de las mitades, ó sea un conjunto de 57 operaciones importantísimas de lengua y maxilares, hechas con anestesia completa por medio del cloroformo, y sosteniendo la anestesia completa desde el principio de la incisión hasta hacer el último punto de sutura, demuestran más que todos los razonamientos la posibilidad y la sencillez y benignidad de este modo de hacer.

Ligadura previa.—La Cirugía española ha tenido por característica el no tener miedo á la sangre; las ligaduras previas como tiempo previo, como hecho constante, no son de la Cirugía española. Yo nunca he visto hacer ligaduras previas ni en las amputaciones de lengua, ni en las resecciones de los maxilares superior é inferior, ni en los pólipos nasofaríngeos á mi maestro Creus; y yo, siguiendo su práctica, no las hago, como no sea por hechos excepcionalísimos, que mencionaré, y no las hago por dos razones: primera, porque considero que la ligadura previa en las operaciones de que me ocupo no resuelve ningún problema ni llena indicación alguna; segunda, porque en aquellos casos en los cuales, como ocurre en los pólipos nasofaríngeos, existe como real el peligro de la hemorragia, la ligadura previa no es posible, porque supondría la ligadura de las dos carótidas primitivas.

Hay que entrar en algunos detalles, aunque someros, y examinar el valor de la ligadura previa en las extirpaciones de lengua, resección de maxilares superior é inferior y en la extirpación de los pólipos nasofaríngeos.

Extirpación de la lengua.—Argumosa, en su obra de Cirugía, expone una serie de casos de amputación de lengua, y hablando de la hemorragia, termina de esta manera: «Aunque inherentes á la extirpación estas escenas, no he creído nunca que autorizasen la ligadura previa de la arteria». Y estas ideas de Argumosa han arraigado en mí la convicción profunda de que la ligadura previa en las extirpaciones de lengua no debe constituir uno de los tiempos necesarios de la operación, sino que es un hecho de necesidad, excepcionalísimo, y que en la inmensa mayoría de los casos, por no decir en todos, hay que repetir lo dicho por Argumosa: las arterias se ligan cuando y en el tiempo en que hagan falta.

He operado 41 epiteliomas de lengua, y pudiera añadir algunas otras observaciones de angiomas de lengua tratados por la extirpación, algún caso de tuberculosis lingual, etc. Circunscribiéndome á dichos 41 casos, sólo en tres he hecho ligadura previa; de estos tres sólo en un caso se trataba de epitelioma circunscrito á la lengua, é hice la ligadura de la lingual aprovechando la incisión para extirpar los ganglios submaxilares; en las otras dos observaciones hice la ligadura de la carótida externa y lingual, pero es porque en ambos casos se trataba de un epitelioma de lengua extendido al pilar, y debía hacer la sección del pilar por encima del neoplasma á ciegas, y claro que en este caso, no pudiendo *ver* la sección superior, era lo más prudente hacer la ligadura previa; pero estos hechos son excepcionalísimos; en todos los demás casos, por extenso que haya sido el neoplasma, á pesar de la infiltración del suelo en algunos casos, á pesar de la extensión del tumor al hueso, no he hecho la ligadura previa, sino que he ligado las arterias en el momento de seccionarlas, sin que en ninguno de los 40 casos en que he obrado así haya ocurrido durante el acto operatorio incidente alguno que pudiera relacionarse con no haber hecho la ligadura de la lingual ó de las linguales al seccionarlas.

Se podrá decir que en dos de mis operaciones ha habido hemorragias tardías; pero una de ellas ocurrió cuando el enfermo se levantaba, y fué por ulceración neoplásica de recidiva, y nadie podrá sostener que el accidente se hubiera evitado con la ligadura previa, la cual tampoco hubiera evi-

tado la hemorragia al sexto día de la operación en ótro enfermo: la ligadura previa sólo puede discutirse para evitar las hemorragias operatorias; no se puede discutir como medio profiláctico de las excepcionales hemorragias secundarias.

Resección de los maxilares.—Si todavía concibo la posibilidad de que en algunas extirpaciones de lengua puede ser útil la ligadura previa, como hecho excepcional, en cambio, en las resecciones de los maxilares, no me cabe en la cabeza que quien haya visto hacer, y menos haya hecho algunas resecciones, pueda juzgar precisa la ligadura nada menos que de la carótida. Es tan firme mi convicción en este punto, que yo creo se puede sentar de un modo absoluto que en la resección del maxilar inferior, haciendo el procedimiento de Creus, es humanamente imposible herir la carótida, como no sea que el operador se empeñe de una manera sistemática en herirla. Yo he hecho 41 resecciones extensas del maxilar inferior: en ningún caso he tenido el menor accidente operatorio ni post-operatorio que pudiese enlazarse con la falta de hemostasia previa; es más, sólo en un caso, resección total por osteomielitis difusa con necrosis consecutiva, sobrevino la muerte; en los demás casos, si se exceptúa un caso de recidiva, todos han sido seguidos de curación, sin el menor accidente, y en todos ellos he empleado la anestesia antes parcial, hoy total; nunca he hecho isquemia preoperatoria, nunca se me ha ocurrido hacer la traqueotomía, y siempre he hecho el procedimiento de Creus.

En la resección del maxilar superior la hemostasia de los vasos es tan sencilla, que no merece siquiera discutirla, y sólo queda lo referente á la maxilar interna. Si fuera cierto que al arrancar el hueso se rompiera siempre, claro es que tal acto y tal momento serían peligrosos; pero desde las primeras resecciones de maxilar superior que hice, me convencí que todo eran prejuicios, y es tan sencilla la cohibición de la hemorragia, que basta el relleno de gasa para que no haya que temer accidente alguno. Es larga la lista de las resecciones de maxilar superior que he hecho: 36 se refieren á resecciones totales ó muy extensas, y algunas dobles, y sólo ha habido una muerte operatoria por hemorragia en un caso de pólipo nasofaríngeo. Pero si se exceptúa este caso, se puede afirmar que la resección del maxilar superior por tumores limitados al mismo, no es una operación peligrosa en cuanto á lo que á la hemorragia se refiere; yo nunca he observado accidente alguno operatorio enlazado con la misma; nunca he hecho ligadura previa; siempre he empleado la anestesia parcial antes, y hoy total, y, en en su consecuencia, creo que está injustificada la ligadura previa de la carótida en las resecciones del maxilar superior.

El peligro de la hemorragia operatoria en los pólipos nasofaríngeos no depende de la resección del maxilar, sino que se observa en el momento en que se destruye la implantación del tumor en la apófisis basilar. Es un accidente ocurrido á todos los operadores; pero no es un accidente fatal, como lo demuestra que, de seis observaciones que figuran en mis cuadros estadísticos, cinco curaron, muriendo el quinto de hemorragia durante la operación. Y dicho el momento en que se produce la hemorragia y por qué se produce, es inútil decir que nada se puede hacer cuando la hemorragia es fulminante; el enfermo muere en la misma mesa de operaciones, y es

inútil pensar en hemostasia preventiva, porque ésta, dada la implantación del pólipo nasofaríngeo, exigiría la ligadura previa de las dos carótidas primitivas, y sólo este enunciado basta para comprender que tal hemostasia previa no se puede intentar, pues para evitar un peligro que no es constante, ni con mucho, expondríamos al enfermo á un peligro seguro, que ciertamente ningún cirujano querrá afrontar.

De lo que resulta que la hemostasia preoperatoria en las operaciones que interesan la cavidad bucal, ó es inútil, salvo en los casos excepcionalísimos que he señalado, ó no es hacedera cuando pudiera servir para algo, y en su consecuencia tales procedimientos deben completamente abandonarse, y siguiendo la práctica y el camino trazado por los cirujanos españoles, ligar los vasos cuándo se encuentren en el camino que debe seguir el instrumento cortante, y en el momento preciso, y en el foco traumático y no á mayor ó menor distancia y como hecho preventivo.

Traqueotomía.—Lo que antecede casi da por juzgado lo que se refiere á la traqueotomía previa. Esta es absurda cuando sólo se tiende con ella á facilitar la anestesia, y queda sólo que examinar el valor de las infecciones broncopulmonares en las intervenciones bucales.

Nunca he hecho la traqueotomía previa en esta clase de operaciones; sólo en tres casos he visto la pneumonía séptica ó la septicemia bronquial; en dos de los casos se trataba de una extirpación de la mitad izquierda de la lengua y del pilar anterior, siendo precisamente estos dos casos de los rarísimos en que había hecho la ligadura de la carótida interna y de la lingual; el otro caso se refería á una resección del maxilar superior por sarcoma en una mujer de cincuenta y siete años; excepto estos tres casos, no he observado ningún accidente pneumónico en ninguna de las 40 resecciones del maxilar inferior, ni en los otros 80 casos de extirpación de lengua y de maxilar superior.

¿Pero es que la traqueotomía previene los accidentes broncopulmonares? ¿Previene la llamada septicemia por aspiración? El problema es más complejo de lo que pudiera creerse; desde luego, se puede decir que algunos traqueotomizados por cáncer laríngeo mueren de broncopneumonía, y así murió un enfermo en el cual se me ocurrió, en contra de lo que hago siempre, hacer la extirpación de la laringe en dos tiempos: no hubo lugar al segundo tiempo, porque el enfermo murió de una broncopneumonía séptica consecutiva á la traqueotomía, sin que para nada, como es fácil comprender, influyera la cavidad bucal. Además, ¿es que la traqueotomía simple aisla de tal modo la cavidad bucal del aparato respiratario que no se pueda temer propagación alguna, caso que este fuera el mecanismo? A mi entender, todo es cuestión de limpieza: estoy plenamente convencido de que la profilaxis de los accidentes no depende en modo alguno de operaciones preventivas que no pueden evitar los hechos de descomposición, sino de los cuidados post-operatorios, fáciles siempre, sencillos, puesto que no son más que cuidados de limpieza, y es tan arraigada mi convicción en este punto, que cierro la mucosa, y, por tanto, la cavidad bucal siempre que puedo, creyendo que el relleno metódico de gasa y las irrigaciones frecuentísimas de la cavidad bucal, bastan para evitar toda clase de accidentes de orden séptico.

Y expuestos estos hechos de conjunto, vamos á entrar en algunos detalles referentes á los neoplasmas malignos de la lengua, carrillo y maxilares.

Los 43 enfermos de epitelioma de la lengua pertenecen todos al sexo masculino, como asimismo los 5 de tumor maligno de la mucosa del carrillo.

Se trata en todos los casos de epiteliomas, excepto en uno de los enfermos, que el análisis demostró se trataba de un sarcoma globocelular de la cara interna del carrillo.

En todos se trata de adultos, excepto en dos observaciones que se refieren á niños de trece meses y dos años; de los demás, sólo uno tenía menos de treinta y cinco años, 3 menos de cuarenta, y la mayoría se refiere á individuos de cincuenta á setenta, habiendo 3 que pasaban de esta edad.

Elementos etiológicos.—La mayoría eran fumadores, y algunos empedernidos; la aparición de la úlcera ó de la grieta en el punto de contacto con un raigón ó un filo de muela, se menciona en bastantes casos; la sífilis, confesada en la tercera parte de los casos, y la existencia de la leucoplasia en más de la mitad de las observaciones y mi impresión personal, es que si la sífilis no basta, ni bastó por sí sólo el tabaco, porque en la lengua son distintas las condiciones que en los labios, en cambio la leucoplasia es frecuente en los fumadores sifilíticos, y en ellos es donde con más frecuencia sufre la transformación epitelial.

De estos datos se desprende la necesidad del tratamiento profiláctico en los sifilíticos fumadores y en todos los que presenten leucoplasias; la supresión absoluta del tabaco, el tratamiento específico, es de un valor innegable, y pudieran citarse muchos casos de individuos con leucoplasias que empezaban á ser dolorosas y presentaban grietas, en los cuales la supresión del tabaco y el tratamiento mixto han detenido la evolución de la enfermedad.

Desarrollado el neoplasma, no queda más tratamiento que el quirúrgico; en los del carrillo la regla es sencilla, extirpación extensa de tumor y ganglios si existen, pero hay que convenir que, cuando así ocurre, los resultados no han sido favorables; de las 5 observaciones, en 2 había adenopatías submaxilares, 2 recidivas, que una nueva operación no contuvo; los otros 3 casos curaron.

Y vamos á los 43 casos de cáncer de la lengua. Son tan frecuentes y rápidas las recidivas, que de todos los epiteliomas *quirúrgicos* es el cáncer de la lengua el más grave, hasta el punto que si no fuera porque de cuando en cuando se obtiene un éxito duradero, sería cosa de discutir si lo más sencillo sería no operar á esta clase de pacientes.

Conviene establecer algunos grupos: epiteliomas limitados á las partes libres de la lengua, entendiendo por tales la punta y los bordes; epiteliomas más extensos pero limitados á la lengua; tumores que invaden la lengua y suelo de la boca; y tumores que invaden á la vez lengua y maxilar; todas estas variedades pueden ir acompañadas, y van casi siempre, con infartos. La vía bucal, con ó sin incisión submaxilar, según existan ó no ganglios, conviene al primer grupo, sola ó con incisión del carrillo, que facilita mucho la operación cuando se trata de neoplasmas de una de las dos mitades laterales de la lengua; en los otros dos grupos creo preferible la

vía supraioidea (Verneuil ó Kocher), dejando en absoluto las operaciones sobre los maxilares para cuando éstos estén afectados.

Comprende el primer grupo, ó sea las operaciones por vía bucal, 19 observaciones, de ellas en 4 hubo que incindir el carrillo, por tratarse de epiteliomas laterales extensos, y los resultados han sido los siguientes:

Extirpación por la boca sin incisión submaxilar por no haber, al parecer, ganglios, 14 observaciones con 2 muertes, 3 recidivas y 9 curaciones.

Extirpación por la boca con incisión submaxilar para extirpar ganglios, un caso; recidiva.

Vía bucal con incisión del carrillo, 4 observaciones; en dos de ellas, por no haber ganglios, no se hizo incisión sobmaxilar; 2 curaciones; en los otros dos casos, además de la incisión de la comisura, incisión submaxilar para extirpar ganglios; recidiva.

Si aquí parara la estadística, con no ser los resultados muy brillantes, se podría calificar de muy satisfactoria; desgraciadamente, como se comprende, se trata de los casos más sencillos, más limitados, y es, por lo tanto, en los que se deben obtener las curaciones. Insistiré después en los muertos, curados y en las recidivas.

24 enfermos han sido operados por vía suprahioidea.

En 8 de ellos se trataba de lesiones más extensas, pero limitadas á la lengua, sin estar infiltrado el suelo de la boca; en 6 de los casos el epitelioma ocupaba la mitad lateral de la lengua, acompañado de infartos submaxilares; en dos se hizo la extirpación de los dos tercios anteriores de la lengua y de los ganglios submaxilares.

Resultado: un muerto á los pocos días de la operación con síntomas de epitelioma del cardias, 6 curaciones operatorias y un caso en que no se obtuvo la curación de la lesión lingual. De las 6 curaciones operatorias hay 3 resultados definitivos; una recidiva y 2 resultados desconocidos.

Nueve enfermos de los operados por vía suprahiodea presentaban, á la vez que lesiones de la lengua, lesiones de suelo de boca y adenopatías. Resultado:

Cuatro muertos: 2 de broncopneumonía séptica; 1 de embolia cerebral. Operado el 5 de mayo de 1899, muere el día 19; otro operado el 12 de enero de 1905, tiene una hemorragia pequeña el 18 y muere el 19, sin que ni clínicamente ni la autopsia expliquen la causa de la muerte; 3 recidivas y 2 curaciones. En una de las recidivas la úlcera invadió la carótida interna y fué preciso hacer la ligadura de la carótida primitiva, viviendo después el enfermo algunos meses.

Dos amputaciones totales de lengua sin resección del maxilar; los dos han salido de la Clínica completamente curados; pero como curación, si no definitiva, por lo menos que persistía algunos meses, sólo puedo citar un caso: es cierto que la lesión difusa era sólo de lengua, no estando afecto el suelo de la boca y muy limitados los infartos submaxilares. La operación data del 23 de marzo de 1907.

Quedan, por último, 5 observaciones, en las cuales á la lesión de lengua y suelo se unía la lesión del maxilar inferior; en otro caso era el cuerpo del maxilar el afecto, en otro la parte horizontal de la rama; en uno de los casos la amputación de la lengua fué total; un muerto de hemorragia ce-

rebral á los ocho días de la operación; dos recidivas que fueron operadas y de nuevo recidivaron, sin obtener en ninguna de las dos operaciones la curación operatoria; y dos casos, uno de ellos el de la extirpación total, en que se obtuvo la curación operatoria, saliendo de la Clínica los enfermos completamente curados al parecer y sin señales de reproducción á los dos meses de operados.

En los cinco casos se hizo la resección definitiva de la porción del maxilar inferior afecta; en los dos, en los que se obtuvo la curación operatoria, se hizo la resección del cuerpo, y esto facilita tanto la operación, que realmente se puede cortar por lo sano.

Resumen: los 43 enfermos de epitelioma de lengua han dado: 8 muertos, 13 recidivas, 17 curaciones, la mayoría de las cuales parecen definitivas por el tiempo transcurrido, y 5 curaciones operatorias, en las cuales no me ha sido posible comprobar si persistía la curación.

Como se ve, los resultados distan mucho de ser los que da la intervención en los epiteliomas de otras regiones, pero aun así no son tampoco de tal naturaleza que justifique la abstención; á lo que sí obligan es al diagnóstico precoz y á la intervención inmediata, debiéndonos fijar, sobre todo, en lo que se refiere á las adenopatías. Hay que convenir que en bastantes casos, en las lesiones limitadas, puede no haber infartos todavía y bastar la extirpación simple; pero á la menor duda hay que hacer la excavación submaxilar. De las 3 recidivas de los enfermos del primer grupo, 2 dependen de una falta operatoria; después de un reconocimiento detenido creí que no existían infartos submaxilares; hice la extirpación del epitelioma por vía bucal sin hacer en su caso la excavación submaxilar; cicatrización lingual; á los tres meses cáncer submaxilar que mató al enfermo á pesar de la nueva operación, muriendo á los seis meses de la primera sin observar alteración alguna en la cicatriz de la lengua. En el segundo caso la reproducción fué en ganglios parotídeos, siendo perfecta la cicatriz de la lengua.

El pronóstico, en cambio, es precario cuando hay infiltración del suelo de la boca ó del maxilar, es decir, en las lesiones difusas; es preciso tener la seguridad de poderlo quitar todo, porque si no es inútil la operación; pero adviértase que aquí como en todas ó casi todas las regiones es inútil querer quitar foco, ganglios y linfáticos; hay que contentarse con quitar el foco y los ganglios, que en ellos es donde puede persistir la lesión, no en los vasos linfáticos. Y en cuanto á los ganglios, las probabilidades de éxito dependen de que sean circunscritos, localizados, que no hayan infiltrado las partes próximas; pretender operar un cáncer de la lengua cuyas adenopatías interesen la piel ó lleguen á la región supraclavicular, es ir con toda seguridad á la reproducción; por eso creo se deben condenar todas estas operaciones demoledoras que, llevadas á tales límites, no tienen probabilidades de éxito.

No puede dudarse de la curación definitiva; algunos hechos, principalmente de mi práctica particular, lo demuestran y no estará demás recordar algunas fechas:

Epitelioma de la punta de la lengua: extirpación en 1892; visto por mí en 1906 completamente curado.

Epitelioma lateral: extirpación mitad y ganglios por vía suprahioidea en 1895; curación, muriendo hace poco de hemorragia cerebral.

Epitelioma lateral: vía bucal; extirpación en 1896; curación.

Epitelioma lateral: extirpación mitad y glándula submaxilar; vía suprahioidea en 1897; visto curado en 1905.

Epitelioma de la parte anterior de la lengua: amputación de la parte libre de la lengua; vía bucal en 1900; vivía sin reproducción á primeros de 1908.

Epitelioma de la parte anterior de la lengua: extirpación de los dos tercios anteriores; vía bucal en 1901; curación; sigue bien.

Otras dos observaciones datan de 1905: una se refiere á un epitelioma del frenillo y otra de la punta de la lengua; ambas operadas por vía bucal: los dos siguen bien. Las demás observaciones ya mencionadas datan de uno y dos años.

Tumores malignos de los maxilares ó que exigen su resección.—*Maxilar inferior.*—El Dr. Ribera y Sans: Comprende mi estadística 24 tumores malignos del maxilar inferior; de ellos 20 sarcomas, que en la especie se deben calificar de osteosarcomas, y cuatro epiteliomas.

Los cuatro epiteliomas se refieren á dos mujeres y dos hombres; limitados en dos casos al maxilar, en otros dos estaba invadido, en uno de ellos el carrillo y el otro el suelo de la boca; la resección del maxilar con extirpación de la submaxilar en algunos casos, y de los ganglios y de las partes blandas afectas, ha constituído la intervención en dichos casos.

Resección de la mitad en un caso, recidiva; resección de la otra mitad, recidiva y muerte. En los otros dos casos se hizo la resección de la mitad con dos curaciones persistentes; en el cuarto caso, parcial de la porción horizontal, pero á la vez de parte del suelo de la boca: curación operatoria.

Las otras 20 observaciones deben dividirse, por su importancia, en varios grupos: en 7 de ellas la extensión del tumor exigió la resección de la mitad del maxilar; en un caso fué precisa la resección del cuerpo del maxilar; en los otros 12 casos se trata de resecciones más ó menos extensas, pero limitadas á un segmento del hueso, y de ellos 6 operaciones fueron intrabucales.

Los resultados no han podido ser más satisfactorios en este grupo; no ha habido ninguna muerte operatoria; en todos se ha obtenido la curación, que en algunos de ellos data ya de muchos años, pues tengo resecciones de la mitad del maxilar verificadas en los años 1891 y 1892 que he podido seguir y cuya curación no se ha desmentido, alguna del cuerpo del año 1901, etcétera, es decir, que se puede afirmar que los osteosarcomas del maxilar inferior son de los más benignos, con tal de irse lejos en el hueso, sacrificando algo de lo sano, pues aun en los mismos epiteliomas el caso de recidiva, nueva operación, nueva recidiva, etc., que he citado, me demostró que las lesiones óseas son las que recidivan, y como esta observación data de 1891, de ahí que después en todos los casos de tumores malignos de los maxilares, he preferido más bien resecar más que menos, por la convicción adquirida de que cuanto más se reseca más segura es la curación.

La benignidad del acto operatorio creo que depende en gran parte del modo de hacer la operación y del procedimiento sencillísimo que empleo

para resecar el maxilar inferior. Ya he indicado, al ocuparme del cáncer de la lengua, los hechos comunes y que se refieren á la anestesia completa y con cloroformo, nunca ligaduras previas, nunca traqueotomía; y en cuanto al procedimiento, el que sigo es el de mi maestro Creus.

He hecho este procedimiento en buen número de casos: osteomielitis, necrosis, caries, tuberculosis, etc., del maxilar inferior; pero concretán-

Fig. 1. — Procedimiento de Creus.

dome á los tumores malignos, lo he hecho en diez enfermos sin accidente operatorio alguno. La fig. 1 da idea de la incisión de las partes blandas y la descripción que sigue está tomada de la que dió el autor en su Monografía acerca de los *Mielomas*, publicada en 1866. Dice así:

«Practico la resección articular de la mandíbula por medio de una incisión que corta las partes blandas siguiendo el contorno del hueso, desde el punto en que la lesión lo exija hasta la altura del lóbulo de la oreja (figura 1), sigue á esta incisión la doble ligadura de la facial. Separo después las partes blandas, raspando el cuerpo del hueso por fuera y por dentro sin

interesar la mucosa bucal. Se extrae el incisivo correspondiente y se pasa la sierra de cadena que rodea el alvéolo. Movilizada la parte que se va á separar, se corta la inserción del pterigoideo interno y la mayor parte del masetero, y retrayendo los tejidos que cubren la parte superior é interna de la rama, se divide la inserción del crotafites con la tijera curva. Se divide la mucosa por ambos lados; separando el hueso hacia afuera se corta el pterigoideo externo con todos los tejidos fibrosos, y, por último, haciendo rodar el hueso hacia afuera y adentro, se dividen los ligamentos temporomaxilares á pequeños cortes para no herir la arteria temporal y queda terminada la desarticulación».

Maxilar superior.— No son tan benignos los tumores malignos del maxilar superior, sin que tampoco alcancen la gravedad de otras localizaciones, porque en la mayoría de los casos se obtiene la curación.

Mi estadística comprende 36 observaciones: 11 epiteliomas y 25 sarcomas.

En 9 casos se trata de lesiones limitadas, que exigieron una resección parcial; 2 epiteliomas y 7 sarcomas; 2 de ellos eran de la bóveda palatina, los 7 casos restantes, más ó menos extensos, del borde alveolar; estos 9 casos han dado 9 curaciones; la más antigua fué operada el año de 1888, de un sarcoma bastante extenso del borde alveolar del maxilar superior izquierdo; vive sin que haya ocurrido nada; un caso de epitelioma de la bóveda palatina fué operado en 1896, en una señora de cerca de setenta años; ha muerto el año 1907, es decir, á los once años de operada, sin la menor huella de reproducción.

En 14 casos he hecho la resección completa de uno de los maxilares superiores: 4 epiteliomas y 10 sarcomas; los 4 epiteliomas dieron 2 curaciones y 2 reproducciones; los 10 sarcomas dieron una muerte de septicemia bronquial, 2 recidivas y 7 curaciones.

A la resección del maxilar superior ha habido que añadir la del pómulo en algunos casos: 2 epiteliomas, 2 curaciones, 1 sarcoma, curado.

En un caso, además del maxilar fué preciso extirpar gran parte del carrillo; recidiva. En otro parte de la piel que lo cubría; recidiva.

En una observación, á la vez que el maxilar, se resecó el techo de las fosas nasales, quedando al descubierto la dura madre. Operado el 22 de octubre de 1904, muere de meningitis el día 27.

Hay dos observaciones de resección doble de los maxilares: en una total é invadida ya la faringe, muere con hipotermia á las veinticuatro horas de la operación. En el otro caso, aunque doble, fué solamente del cuerpo de los dos maxilares, saliendo de la Clínica curado. No he podido tener noticias ulteriores de este enfermo.

Y por último, quedan cinco pólipos nasofaríngeos, uno de ellos epitelial; los otros cuatro sarcomatosos, que exigen estos últimos la resección completa del maxilar superior y basta con la temporal, si bien resecando algo de bóveda palatina ulcerada en el caso del epitelioma. Estos cinco casos han dado: cuatro curaciones y una muerte operatoria por hemorragia y anemia agudísima, que mata al terminar la operación.

En resumen, los 11 enfermos de epitelioma del maxilar superior han dado 7 curaciones y 4 recidivas.

Los 25 de sarcomas, 4 muertes operatorias, 2 recidivas y 19 curados. O lo que es lo mismo, en la mayoría de los casos se obtiene la curación definitiva en los tumores malignos del maxilar superior, no en la proporción que en los tumores del maxilar inferior, pero sí en gran número de casos.

El procedimiento que empleo para las resecciones totales es el siguiente: la incisión clásica de Liston para la piel, disección del colgajo, sección ósea por medio de la cisalla en sus relaciones con los huesos de la nariz, sierra de cadena ó escoplo con su unión con el pómulo que no se rompe fácilmente con la cisalla; en cambio, ésta sirve perfectamente para la separación intermaxilar, una vez extraído el incisivo medio; sección de la mucosa palatina en la línea media, salvando, si es posible, parte del velo del maxilar; separación del hueso, generalmente con las pinzas de Farabeuf; relleno de la cavidad resultante con gasa, y sutura completa del colgajo. Lo más importante que se refiere á la anestesia, isquemia y traqueotomía ya ha sido expuesto. — F. Toledo.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

La metritis gravídica del cuello y su tratamiento.—La metritis y endometritis del cuello, dice el Dr. T. Prandi, son de origen infeccioso, y más comunes en las gravídicas de lo que se supone, porque se las observa en el 10 por 100 de las mujeres embarazadas. Esta afección determina, no sólo trastornos locales y generales, á veces muy molestos, sino que es susceptible de comprometer la marcha regular del embarazo y del parto, convirtiéndose á veces en una causa de distocia.

Su mejor tratamiento consiste en cauterizar, á intervalos de una semana, el ectropión y el orificio cervical externo con alcohol fénico al 50 por 100, espolvoreando después sobre el cuello la mezcla siguiente, recomendada por el profesor Bossi:

Salol.....	aa partes iguales.
Yodol.....	
Subnitrato de bismuto.....	
Polvos de almidón.....	
— de licopodio.....	

En los intervalos de las cauterizaciones debe hacerse diariamente una irrigación vaginal abundante con una solución muy diluída de sublimado, procurando que la cánula penetre sólo hasta la mitad de la vagina y que el chorro del irrigador sea poco fuerte.

(*Gazzetta degli Ospedali*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTICIAS HISTORICO-MÉDICAS

ACERCA DE LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DEL REY DE ESPAÑA LUIS I

POR EL

DOCTOR D. JOAQUÍN OLMEDILLA Y PUIG

Catedrático de la Facultad de Farmacia de Madrid.

(Conclusión).

Copia de algunos documentos existentes en el Archivo histórico nacional relacionados con este asunto y que tienen interés para la historia.

En ellos se puede apreciar perfectamente el origen y curso de la dolencia y algunos detalles curiosos, y no divulgados.

Cartas dirigidas al Marqués de Grimaldo con motivo de la enfermedad del Rey Luis I.

El Marqués de Miraval le dice con fecha 22 de agosto de 1724:

«Las viruelas del Rey son de buena calidad y sin accidente peligroso, con que espero que Nuestro Señor quedará muy luego restablecido, á quien ruego guarde á V. E. los muchos años que deseo».

Análoga declaración hace con igual fecha el Arzobispo de Toledo (1).

He aquí los partes extractados del médico.

«Excmo. Sr.: El Rey, Dios le guarde, pasó la noche desde las once hasta las cinco muy inquieto, con desvelo, delirio á ratos y con todo lo que la gente vulgar llamara malo; pero á quien sabe la regularidad de las viruelas, ha parecido buena la noche, pues reconociéndole yo á las siete de la mañana, le hallé con el producto de un

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.683. Estado.

millar de granos, de medio cuerpo abajo, de cuya expulsión ha pendido haberse remitido grandemente la calentura; no haber tenido sed alguna en todo el día; haber dormido de ocho á nueve una hora y de las diez á las doce otras dos, etc., etc.

Buen Retiro 23 de agosto de 1724. — Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo B. L. M. de V. E. su más rendido servidor, Dr. D. Pedro Agüenza.—(Hay una rúbrica).—Archivo histórico nacional. Legajo 2.933. Estado».

En el margen de este documento hay una nota, que dice:

«Responderle esta noche, estimándole estas noticias y que las continúe».

Otro oficio del Dr. Agüenza al Marqués de Grimaldo.

«Ponga V. E. en noticia de SS. MM., que el Rey, Dios le guarde, continúa hasta la hora presente, que son las nueve dadas, con la mesma buena disposición tocante á los pulsos, con la remisión casi total de la calentura, con vigor y fortaleza vital y natural. Persevera el desvelo de toda la noche y todo el día, sin alteración alguna en los espíritus, pero sólo por lo que le pican las innumerables espinas del cuerpo, lo que es inevitable. Las orinas perfectamente buenas. El vientre firme enteramente. La paciencia inexplicable. Ninguna aversión á lo que es preciso tomar. Todo lo cual promete las buenas consecuencias que deseamos. La lengua húmeda, sed ninguna, respiración buena y muy libre y los ojos hasta ahora con indenidad.

Deba yo á V. E. que me ponga á los piés de SS. MM., mientras yo ruego á Dios que los guarde y á V. E. muchos años en su servicio.

Buen Retiro á 24 de agosto de 1724.—Excmo. Sr. B. á V. E. L. M. su más rendido servidor, el Dr. D. Pedro Agüenza. — (Hay una rúbrica). — Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo».

Otro oficio.

«Excmo. Sr.: Anoche desde las diez y media de ella conocí que el Rey (Dios le guarde) había de pasar muy trabajosamente, lo cual previne en la junta de por la tarde á todos los médicos y á Su Majestad mismo en la Cámara, para que no se asustase ni temiese. En esta suposición, hice la propuesta de que se tuviese á la mano media *onza* del *xarabe* llamado *diacodion simple*, para que meclado en el cordial se le diese en dos veces, entre doce y una, y una y dos, porque esto no podía ser del menor daño.

»S. M. desde las dos en adelante, pasó con menos molestia, durmiendo sus ratos plácidamente, despertando sin gravamen alguno de cabeza, antes bien, muy contento y placentero, haciéndose cargo que es preciso pasar con mucha molestia algunos días más, sin lo qual no se podía tener el buen éxito que deseamos.

»Esta mañana á las siete, se registraron los granos y se vió lo que habían crecido en su corpulencia, empezando á entrar zumo en ellos, á proporción del tiempo de su nacimiento y del número, pues siendo muchos, aunque sean de los que se llaman discretos, no pueden abultar tanto como cuando son pocos.

»El colorido de todos sus granos es rubio encarnadino: la constancia y fortaleza de los pulsos buena, el vientre firme, ninguna aversión á sus caldos y á su cordial en las horas que le pertenecen; el ánimo contento y alegre, á la conformidad de padecer algunos días y estar bueno después.

»Todo esto puede V. E asegurar á SS. MM. ser cierto, claro y valedero, pues mi genio, jamás ha sido, ni de adulador, ni de contemplativo, ni de gastar hojarasca.

»Esta noche puede ser que convenga ejecutar lo mismo, y si yo lo votare ó consintiere en ello, puede V. E., que me conoce, creer que conviene y que no hay que tener el menor recelo de daño.

»En fin, el día todo ha sido regularísimo para la constitución del mal, y mis esperanzas las mesmas de hasta aquí, con la confianza de Dios que guarde á V. E. muchos años como puede.

»Buen Retiro y agosto 25 de 1724.—Excmo. Sr. B. á V. E. L. M. su servidor, Dr. D. Pedro de Agüenza. — Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo».

Del 26 *de agosto de* 1724.

«Excmo Sr.: Las viruelas del Rey (Dios le guarde) empezaron anoche á entrar en el movimiento supurativo, explicándose naturaleza en aumentar la frecuencia en los pulsos, suscitar más calor y causar aquellas inquietudes que siguen el orden natural y regular de este género de mal. Previne con mi voto en la Junta de Médicos por la tarde, lo que había de suceder en el discurso de la noche, y aun al Rey se lo previne á las diez de la noche, para asegurarle que era preciso passar con alguna molestia la noche, porque la misma molestia era remedio. Su Magestad aguantó lo que pudo, pero por fin aflojó un poco la paciencia, y de la media noche en adelante clamó por un poco del paregórico referido en mi antecedente y se le alargó dándosele, más para satisfacer á la aprehensión que á la necesidad. Con eso pasó razonablemente. Se prosiguió el intento de la naturaleza, y se halló esta mañana clara y visiblemente la impresión de los granos, su blancura sin malicia y todo lo demás que corresponde á un movimiento perfectivo.

»Todo el día se ha passado plácidamente, con todas las circunstancias avisadas, sin señal ni sospecha alguna de malicia. Tomarán mañana la mayor altura y dentro de tres días empezarán á declinar, todo lo cual no se hará sin trabajillos. Esto podrá V. E. insinuar á Sus Magestades, porque no tengan susto alguno y á mí mandarme en lo que alcanzaren mis propias fuerzas. Es en sustancia, lo más principal que ocurre avisar esta noche, en cumplimiento

de mi cargo y á la obedieacia de V. E. que Dios guarde muchos años.

»Buen Retiro y agosto á 26 de 1724.—Excmo. Sr. B. á V. E. L. M. su muy rendido servidor, Dr. D. Pedro de Agüenza.—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo.—(Hay una rúbrica)».

Del 27 de agosto de 1724.

«Señor: A beneficio de la noche inquieta que passó el Rey (Dios le guarde) sin dormir por la molestia dé sus granos, han llegado éstos á comprender su mayor altura y en la más perfecta blancura que corresponde al género de las viruelas. Desde esta mañana hasta la hora presente, que son las nueve de la noche, se ha remitido la calentura, templado la inquietud, minorado la molestia, fortalecido el vigor natural de todas sus facultades y con igual correspondencia todas, nos prometen muy pronto la declinación del mal. Mantiénese firme el vientre, perfectas las orinas. Subsiste el recibir bien sus caldos, el ser poquísima la sed, ningún ardor interior, mucha paciencia y la palidez que demuestran lo regular de su curso, para confirmar nuestras buenas esperanzas.

»V. E. puede participarle á Sus Magestades, en continuación de la verdad que profeso, pues no tengo otra cosa que añadir, y repitiéndome á sus reales piés, doy á V. E. las buenas noches, quedando yo, aunque flaco y cansado, á la obediencia de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.

»Buen Retiro á 27 de agosto de 1724.—Excmo. Sr. B. á V. E. L. M. su más rendido servidor, Dr. D. Pedro de Agüenza.—Excmo. Señor Marqués de Grimaldo».

Principales párrafos del parte del 29 de agosto de 1724.

«Señor: Anoche se acrecentó la calentura con grandísima inquietud en su parafrenitis acostumbrada: desde las diez á la una se movió el vientre quatro veces.

»Por la mañana se observó alguna elevación en el vientre, flatulencia y persistencia de la calentura aumentada, mucha sed, sequedad de lengua, intumescencia en los brazos y piernas, los granos llenos, blancos, sin nota alguna de malicia. Todo esto pareció á los más de los médicos votantes no ser de la constitución de calenturas supurativas, y discurriendo el poder ser complicación y de aumentar el riesgo que tienen todas las calenturas virulosas, teniendo por riesgo conocidos, votaron el prevenir al Rey con las armas espirituales, temiendo no fuese la noche presente de mala vuelta, siendo la oncena. Desde el medio día se serenó enteramente la cabèza de Su Magestad, aunque con la misma calentura.....

.....

»No avisé de toda esta novedad impensada esta mañana por haberme tenido el Rey á su cabecera desde las nueve hasta la una y

media. Esta tarde desde las quatro en adelante se han desentumecido los brazos.

»Juntáronse cinco médicos, y dellos, los quatro votaron sangría del brazo de tres á quatro onzas, lo cual se ejecutó á las nueve y media con felicidad, saliendo la sangre rubicunda y con ímpetu. Estamos entrados en el onceno día, en que puede la naturaleza explicarse en movimiento favorable, y aunque no dejo de confesar el riesgo en que Su Magestad se halla, no desconfío de que Dios nos haya de consolar con lo que deseamos. Esto escribo á las diez de la noche, sin novedad demás; sólo, sí, que se ha intentado suavizar la tensión del vientre con algunos redaños, con los quales se ha experimentado alivio. Esto es el hecho que podré participar á SS. MM., mientras yo fío en Dios que podré escribir en adelante mejores noticias, pues se lo ruego y deseo, etc.

»Buen Retiro, á 29 de agosto de 1724.—D. Pedro de Agüenza».

Parte en que se da cuenta de los primeros síntomas de la enfermedad de Luis I.

«Excmo. Sr.: Señor mío: Habiendo comulgado hoy el Rey, antes de acabarse la segunda misa sintió un vaporcillo que le precisó á dejarla, pero sin haberse caído ni perdido el sentido, solamente el color, que recuperó brevemente oliendo agua de la Reina de Hungría y tomando un caldo.

»Aunque ha quedado tan bueno que asistió á la capilla, fué á Atocha esta tarde y se paseó después dentro de este sitio. Me parece de mi obligación dar cuenta por medio de V. E. á los Reyes nuestros Señores de esta novedad, porque cualquiera confusa noticia della no ocasionase á Sus Magestades cuidado. Esta ha dado ninguno á D. Juan Higgins, que sospecha pueda resultar de haber comido ayer poco de pescado y estar de rodillas esta mañana en ayunas. En buena ley recela también concurra á esto el demasiado ejercicio y jugar á la pelota después de comer, cuya representación me atreví á repetir reverentemente á S. M. luego que le pasó su desazoncilla con motivo della.

»Dios guarde á V. E. muchos años, como deseo.

»Buen Retiro, 15 de agosto de 1724.—Excmo. Sr.: B. L. M. de V. E. su más fiel servidor, Marqués de Astorga. — Conde de Altamira.— (Hay una rúbrica).—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo» (1).

He aquí el parte del Conde de Altamira, de 21 de agosto de 1724, al Marqués de Grimaldo, que ofrece también algún interés histórico en el concepto médico.

«Señor mío: El Rey ha pasado la noche inquieta y fatigada con el aumento de la calentura, pero desde las dos pareció más templado; cada dos horas tomó caldo y todo sin repugnancia ni náusea. Esta

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.633. Estado.

mañana para aliviar la gran cargazón de cabeza se quitó el pelo; á las ocho y quarto hizo Mr. Lepreux una sangría del tobillo con acierto y S. M. la permitió sin embarazo, antes bien con todo vigor. A esta hora está más despejado y quieto; esperamos en Dios proseguirá felicísimamente, y por no omitir circunstancia al respeto y cuidado, se llamará también desde esta tarde á los médicos de cámara Suñol, Sánchez y Díaz.

»V. E. se servirá hacer presente á nuestros amos esta relación y la más formal que expresa la inclusa carta de D. Juan Higgins.

»Dios guarde á V. E. muchos años.

»Buen Retiro, á las nueve y quarto de la mañana, 21 de agosto de 1724. — B. L. M. de V. E. su más fiel servidor, El Marqués de Astorga.—Conde de Altamira» (1).

Del mismo Conde de Altamira.

«Señor mío: Escribo, á Dios gracias, con gran consuelo, porque habiéndose juntado los cinco médicos, están todos uniformes en el más feliz pronóstico; han convenido en todos los remedios ejecutados: que se prosigan los mismos diluentes y una labativa esta noche, inclinándose á repetir mañana la sangría, pero difiriendo la determinación de ella hasta volver á ver al Rey por la mañana. Ha pasado S. M. el día con mayor serenidad y menos sed, sin haber tomado nuevo incremento la calentura, como más bien explicará D. Juan Higgins. V. E. se sirva repetirme á los piés de los Reyes nuestros Señores con esta más gustosa noticia.

»Dios guarde á V. E. muchos años, como deseo.

»Buen Retiro, 21 de agosto, á las seis y media de la tarde de 1724. —B. L. M. de V. E. su humilde servidor, Conde de Altamira.—Excelentísimo Sr. Marqués de Grimaldo» (2).

Del Conde de Altamira.

«Excmo. Sr.: El Rey ha pasado mejor noche, prosiguiendo todo feliz y regularmente, en la expulsión de sus viruelas. Como éstas precisaran á la separación de los Sres. Infantes, y asistió al Sr. Don Fernando durante la jornada de Lerma el Doctor D. Joséph Suñol, no he permitido que éste vea hoy á S. M. por si los Reyes nuestros Señores gustaren passe á servir á sus Altezas. V. E. se servirá ponerlo en noticia de Sus Magestades para su resolución.

»Dios guarde á V. E. muchos años, como deseo.

»Buen Retiro, á las siete y media de la mañana, 22 de agosto de 1724. —Excmo. Sr.: B. L. M. de V. E. su servidor, Conde de Altamira.—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo» (3).

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.688. Estado.
(2) Idem, id., id.
(3) Idem, id., id.

Del mismo, el 25 de agosto.

«Señor mío: Las dos primeras horas de la noche duró la inquietud y desvelo que la antecedente, tolerándole el Rey y todas las incomodidades de este impertinente achaque con una resignación que nos edifica, habiendo tomado S. M. medicamento que moviese blandamente el sueño, se logró éste muchos ratos y grande tranquilidad. Con ella ha despertado y prosigue las viruelas, en el más favorable estado.

»Dios guarde á V. E. muchos años, como deseo.

»Buen Retiro, á las nueve de la mañana, 25 de agosto de 1724.—Excmo. Sr.: B. L. M. de V. E. su más fiel servidor, Conde de Altamira.—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo» (1).

Del Cardenal Borja al Marqués de Grimaldo (25 *de agosto de* 1724).

«Amigo y señor mío: Al anochecer he llegado hoy de mi viaje á apearme en el Retiro y saber el estado de la enfermedad del Rey, cuya noticia me ha tenido con susto de ayer acá que la supe. Pero habiendo visto á S. M. y quan felizmente van brotando y llenándose las viruelas, he quedado consoladísimo, como también de haber visto á la Reina tan cuidadosa y vigilante en la asistencia del Rey (q. D. g.). Suponiendo, pues, que en la salud de S. M. no hay temor, me resta la pena de que las circunstancias de su enfermedad me priven del consuelo de pasar dese sitio á ver á mis amos, en cuya Real atención se servirá V. E. exponer mis amorosos respetos y veneraciones, cada día más constantes, como mi afecto para servir á V. E. y á mi Sra. la Marquesa en quanto sea de su agrado.

»Dios guarde á V. E. muchos años, como deseo.

»Madrid á 25 de agosto de 1724.—Excmo. Sr.: B. L. M. de V. E. su más afecto servidor y amigo, C. Car. de Borja.—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo» (2).

Del mismo Conde de Altamira, el 28 *de agosto de* 1724.

«Señor mío: El día se ha pasado sin novedad, no siéndolo duren aún las incomodidades de algún dolorcillo en las piernas, tapamiento de narices y molestias en la lengua. Ninguna basta á perturbar la ejemplar paciencia del Rey, ni alterar la felicidad con que el achaque prosigue.

»Quedo á la obediencia de V. E., etc.

»Buen Retiro 28 de agosto de 1724, á las ocho y media de la noche.—Excmo. Sr., etc., Conde de Altamira» (3).

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.688. Estado.
(2) Idem, id., id.
(3) Idem, id., id.

Del 29 de agosto de 1724.

«Señor mío: Prosiguiendo tan constante la calentura del Rey y los incrementos nocturnos, recelando los médicos su continuación han resuelto sangrar del brazo á Su Magestad, después de repetidas juntas, en que lo han conferido y sido absolutamente de este dictamen, Higgins, Sánchez, Díaz y Suñol, á quien también llamé hoy por lo grande del motivo y hallarse ya bueno el Sr. Infante D. Carlos (á quien asistía). Aunque Agüenza no convenía en este remedio, prevaleció el mayor número de votos y se ejecutó á las nueve y media de esta noche, con tolerancia y vigor de nuestro enfermo, que nos tiene con el cuidado que V. E. considerará; pero esperando que Dios conserve su importante vida, premiando su resignación y oyendo las tiernas fervorosas oraciones de los Reyes Ntros. Sres., á cuya Real Noticia se servirá V. E. pasar ésta.

»Dios, etc. Buen Retiro 29 de agosto de 1724, á las diez y media de la noche.—Excmo. Sr.: B. L. M. etc., Conde de Altamira.—Excelentísimo Sr. Marqués de Grimaldo» (1).

Del 29 de agosto de 1724.

«Señor mío: En carta separada doy cuenta del estado de la salud del Rey, y porque de repente no reciban nuestros amos el susto que naturalmente causa la noticia de los Sacramentos, lo expreso en ésta, para que la discreción de V. E. use el prudente medio de participar á SS. MM. que, habiendo creído los médicos por el recelo de los delirios, prevenir esta piadosa diligencia, la entendió S. M. por su confesor, con la más ejemplar resignación y con actos que á todos nos han enternecido. Comulgó á las seis y media de la tarde; quiso voluntariamente se quedase esta noche el padre Hareu y después dijo, como es viejo le hará mal llamen al Castejón, que con efecto ha venido. Todos estamos con el justo cuidado que V. E. conocerá y el que á mí singularmente me cabe por tantas razones; pero fiando de Dios, ha de oir las públicas oraciones para darnos brevemente el consuelo de ver á S. M. fuera de todo peligro.

»Dios, etc. Buen Retiro 29 de agosto de 1724, á las diez y media de la noche. — El Conde de Altamira.—Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo (2)».

Del 30 de agosto de 1724.

Dice: «Habiendo continuado esta noche tan fatigado el Rey como las últimas, prosigue nuestro gran cuidado, sin perder las esperanzas del consuelo.

....

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.633. Estado.
(2) Idem, id., id.

»El fervor con que esta mañana se ha encomendado á San Diego y San Isidro, cuyos cuerpos ha tenido en su alcoba.

»Dios, etc. Buen Retiro 30 de agosto de 1724, á las diez de la mañana. — Conde de Altamira (1)».

Del 31 *de agosto de* 1724.

«Señor mío: Cerca de las dos y media de la noche, se fué á gozar de Dios mi querido Amo. Así me lo prometo de sus virtudes. Quedo en el grande desconsuelo que corresponde á este subceso, que acredita mi insensibilidad, pues con tantas obligaciones tengo vida, habiendo visto faltar ésta tan preciosa, de quien me honró hasta el último instante de la suya, con la más particular benignidad, que nunca pude acertar á merecerle, más que con una verdadera Ley que conservaré siempre á su digna memoria. No quisiera hacerla á los Reyes Ntros. Sres., de este triste caso con mi carta, pero la escribo lleno de lágrimas, por no faltar á este obsequio de mi rendida obligación.

»Dios, etc. Buen Retiro 31 de agosto de 1724. — Excmo. Sr. Marqués de Grimaldo.— Excmo. Sr. B. L. M., etc., Conde de Altamira».

La siguiente comunicación (también al Marqués de Grimaldo), es probablemente de un palatino, aun cuando en el documento no aparece clara la firma. En ella se da cuenta de la muerte del Rey en el momento en que tuvo lugar.

«Excmo. Sr.: Aseguro á V. E. que el grande y justo sentimiento, en que me ha constituído el no pensado accidente del fallecimiento del Rey (que está en el cielo), que ha ocurrido esta noche á las dos y media, me tiene sorprendido; pero siéndome preciso por el Ministerio en que la benignidad de S. M. me tiene puesto dar este aviso, lo participo á V. E. para que en la ocasión que le parezca más conveniente lo haga presente á SS. MM., poniéndome á sus piés y asegurándoles de mi dolor. He de decir á V. E. me avise de cuanto gustaren SS. MM. ejecute y que me mande cuanto sea de su agrado.

»Madrid 31 de agosto de 1724 (2)».

Exposición del cadáver al público.

«El cadáver de D. Luis estaba vestido de gala, con casaca y calzones de raso de carro de oro, de seda, color aplomado y las vueltas escaroladas como la chupa, todo con bordadura al canto de tres dedos de entorchado blanco, con el collar del toisón y cordón del Sancti Spiritus, corbata, cabellera y sombrero, bastón y espada en una caja de plomo, con su visera ó ventana de vidrío que daba en-

(1) Archivo histórico nacional. Legajo 2.688. Estado.
(2) Idem, id., id.

cima del rostro, dentro de un ataud de madera forrado interiormente de tafetán doble blanco y por fuera de terciopelo carmesí cuajado de flores de plata. Así estuvo hasta más de las ocho y media de la noche del domingo 3 de septiembre, etc. (1)».

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Intoxicaciones alimenticias, especialmente con las conservas de atún. — II. Bacteriología de la pelagra. — III. Inmunización contra el tifus. — IV. Las infecciones intestinales en el puerperio (colibacilosis). — V. La reacción ácida como signo de la muerte. — VI. Adipsia, apotismo, etc. — VII. Vainillismo profesional: erupciones. — VIII. Contagio de la disentería amibiana. — IX. Valor higiénico de la abstinencia sexual.

I. Es un hecho conocido que los alimentos, y especialmente los conservados, pueden producir intoxicaciones. Las salazones y más aún las salchichas (de aquí el nombre de *botulismo*, de *botulus*, salchichón), son las substancias acusadas con más frecuencia, y hace muchos años empezaron las investigaciones para conocer la causa íntima.

Kerner (1817) obtuvo agentes tóxicos de las salchichas alteradas; Hunneferd (1827), del queso; Bergmann y Schmiedeberg (1868), de la manteca. Los estudios de Selmi y de Gautier sobre las ptomatinas y en general sobre los alcaloides derivados de la descomposición natural de las substancias protéicas, abrieron la vía á nuevos é importantes estudios de químicos y bacteriólogos.

De los microbios, el *B. botulinus* (Van Ermengen, 1896), es uno de los que han resistido la crítica; su toxina específica fué aislada por Brieger y Kempner. También es patógeno el *B. enteriditis* (Gärtner), que obra especialmente multiplicándose en el organismo que lo recibe, al paso que el botulínico obra sólo por las toxinas que se forman en las carnes alteradas.

Previos estos datos, seguramente muy breves, el Dr. Adolfo Bas-

(1) Alfonso Danvila: Libro citado, cuyos datos están tomados del Archivo de Palacio.

chieri, Director del Laboratorio municipal de Higiene de Faenza, da cuenta á la *Soc. med.-chirurgica di Bologna* de una nota *Sulla intossicazioni prodotte dal tonno.*

La observación se refiere á una conserva de atún en aceite, que se prepara con varias especies del género *Thynnus* (*vulgaris*, *tonnina*, *alalunga*, *palamys*), cuyas carnes á los varios meses de conservada en aceite son entregadas al comercio en barriles ó cajas. Generalmente el preparado se conserva bien, pero á las veces surge una fermentación, no estudiada, con desarrollo de gases y abombamiento de la caja. Hay, además, otra alteración de que nadie ha tratado todavía y que Baschieri ha sometido á investigación.

En junio de 1906 aparecieron muchos casos de intoxicación en Forli é inmediaciones, luego en Florencia y después en otros puntos. En total, unos 70 casos, especialmente en Forli. No tardó en averiguarse que se debían al mismo atún, pues los que le comieron enfermaron y no los restantes, notándose, además, cierta relación entre la cantidad ingerida y la intensidad de los efectos.

En los casos leves hubo sencillos cólicos con calambres, vómitos y diarrea, que duraron de cinco á ocho horas. En los más graves, á este primer período siguió un estado de colapso con pérdida del conocimiento, respiración frecuente, midriasis y meteorismo; la temperatura tendió á bajar y hubo al mismo tiempo incontinencia de vientre y de la vejiga. Con los excitantes se pudo dominar la situación.

Recogidas muestras, fueron negativas las primeras indagaciones, hasta el punto de que, no existiendo dato alguno en contra, fué permitida por la autoridad sanitaria la venta de un barril de atún, primero decomisado. Mas luego hubo cuatro ó cinco casos de envenenamiento por haber comido este atún. Entonces intervino Baschieri, quien dispuso de un kilogramo de conserva, que por su olor, sabor y caracteres exteriores no despertaba la más ligera sospecha.

Quedó descartada con el estudio oportuno la presencia de un veneno ordinario, mineral ú orgánico. Para averiguar si se trataba de un tóxico debido á una fermentación anómala (microbiana) ocurrida antes ó después de la inmersión en el aceite ó á un microbio patógeno, procedió del modo que á continuación expongo.

A un perro de unos 5 kilogramos dió 100 gramos de atún, y algo debió notar aquél cuando no le comió, hasta estar veinticuatro horas en ayunas. No sufrió trastorno alguno, sin duda, porque los perros son los que tienen la resistencia máxima contra las ptomatinas

ó toxinas, pues su jugo gástrico posee enzimas potentes y es muy ácido; así pueden comer impugnemente substancias en putrefacción.

Las investigaciones bacteriológicas sólo revelaron el *bacilus mesentericus vulgatus*, y las microscópicas no dieron diferencia alguna con el atún normal.

Siguiendo el método de Stas, modificado por Gautier, para extraer las ptomatinas y separando de éstas las toxinas con el de Brieger-Gautier, que detalla Baschieri muy minuciosamente, aisló una ptomatina, que, una vez seca en el vacío, era blanca, amorfa, fusible á unos 50°, con tendencia á descomponerse á mayor temperatura, poco soluble en el agua, en contacto de la cual se convierte en gotitas oleosas y le da reacción alcalina; sus soluciones neutras precipitan con muchos de los reactivos generales de los alcaloides (ácidos cloroplatínico, cloroaúrico, pícrico, tánico y fosfomolíbdico, bicromato potásico), pero no con el sublimado, ioduro potásico iodurado y reactivo de Marmé.

Dada esta ptomatina (clorhidrato) á siete conejitos de Indias (vía hipodérmica, vía gástrica), el cuadro resultante ha sido el mismo, si bien su intensidad y duración ha variado con la dosis (0'1 á 5 miligramos). La muerte ocurrió en seis de los animales en un lapso de media hora á cuatro horas. En todos hubo una primera fase de excitación y luego una paralizante medular, alguna vez con dilatación enorme de los intestinos y relajación de los esfínteres, acabando la vida por parálisis de los centros respiratorios y circulatorio. En el único conejito que sobrevivió, las alteraciones fueron gravísimas y llegó hasta la muerte aparente; se reanimó, pero el vientre siguió abultado algunos días.

Baschieri cree, por los caracteres químicos y biológicos, que se trata de una ptomatina no descrita, ptomatina que no existe en el atún normal y cuya cantidad, en 50 ó 100 gramos de la conserva, basta á producir la intoxicación.

¿De dónde procede? Es difícil precisarlo. De todos modos no parece ser debida á putrefracción anterior al empleo del aceite, pues no había señal alguna en el atún y además la ptomatina se descompone con el calor, con la ebullición á que se somete el pescado antes de colocarlo en el aceite. Hay que admitir su formación posterior, pero se ignora su génesis, ya que no se encontró organismo productor (ni había bacterias ni microorganismo sospechosos), siendo sólo un dato que arroja alguna luz en la obscura é indecisa etiología de las intoxicaciones alimenticias.

II. El profesor Guido Tizzoni ha presentado á la *R. Accad. delle Scienze dell'Istituto di Bologna* (curso académico de 1907-1908) una comunicación preventiva sobre nuevas investigaciones bacteriológicas relativas á la pelagra. Con ella se propone dar á conocer estos hechos:

1.° Que el germen que aisló de la sangre, líquido cefalorraquídeo y órganos afectos en las formas graves y rápidamente mortales de pelagra (tifus pelagroso, locura pelagrosa) (Tizzoni y Fasoli, 1906), ha sido aislado también en las materias fecales de los enfermos con formas comunes de pelagra y á las veces en la sangre.

2.° Que alguna vez (2 por 9) ha sido hallado el mismo germen en el maíz alterado, á pesar de haber transcurrido ocho á diez meses de la recolección y de estar los granos muy secos.

3.° Que el maíz que contenía el germen estaba alterado por modo muy ostensible, sobre todo en lo relativo al color, que de amarillo se había convertido en cúprico.

4.° Que no se le halló en el maíz de comarcas no pelagrosas.

5.° Que puede haber cierta variabilidad de aspecto en los cultivos en relación con la procedencia.

6.° Que á pesar de estas variaciones todos los cultivos pueden ser llevados al mismo tipo bacteriológico.

7.° Que todas las variedades de los cultivos producen en el conejito de Indias la misma acción patógena, tal como la describió el autor, y la muerte de tres á ocho días, ya se les introduzca por inyección subcutánea emulsionados con agua salada, ya por vía gástrica. Este último hecho estaba ya probado por Tizzoni y Panichi desde 1907.

8.° Que el paso por el conejito puede reproducir las variaciones de procedencia, tanto en sentido ascendente como descendente.

III. Los resultados de la inmunización contra el tifus mediante cultivos ó productos varios derivados de éstos han sido contradictorios, y si bien los obtenidos en las tropas coloniales inglesas han sido más favorables, no han acabado de disiparse las dudas.

Merecen, por tanto, ser consignados los estudios hechos en el ejército alemán, reunidos en un informe oficial por P. Musehold.

A partir de 1904, el Instituto prusiano para las enfermedades infectivas preparó, bajo la dirección de Kolle y de Pfeiffer, una vacuna y sentó las bases para el tratamiento antitifoso racional. Ha sido estudiada muy á conciencia, y si bien todavía no puede deducirse conclusión firme, sí cabe decir que no causa trastornos desagra-

dables, por más que las reacciones individuales son distintas, y que, en principio, es favorable.

IV. La tesis de Gaugain (París, 1908), se refiere á las infecciones de origen intestinal durante el puerperio. La mayoría de ellas parecen debidas al colibacilo, aun cuando no se le haya encontrado siempre.

En todas ellas la fiebre es constante, pero su forma es muy variable y por regla general procede por brotes. Comprenden desde cuadros ligeros á estados graves.

A las veces el colibacilo atraviesa el intestino y puede localizarse en diversos puntos, en los más predispuestos por el hecho del embarazo y del parto, y el cuadro cambia : infección uterina, *flegmasia alba dolens*, pielonefritis supurada ó no (modalidad frecuente), hepatitis y otras colibacilosis.

Además, el colibacilo parece influir decididamente en el embarazo y en el feto, y es capaz de comprometer varios órganos de la madre y del producto de la concepción.

V. El protoplasma de toda célula viva es siempre de reacción alcalina. Cuando ocurre la muerte es ácida más ó menos pronto, como consecuencia del catabolismo. De este cambio de reacción se pensó sacar partido para el diagnóstico de la muerte real, y los primeros en averiguar la de las vísceras fueron Brissemaret y Ambart (*Soc. de Thérap.*, 1905) : sacaban mediante una larga aguja, que les servía para aspirar (jeringa de Lüer), pulpa del hígado y del bazo y la colocaban sobre papel de tornasol, quitándole la sangre, que es alcalina; á las veinticuatro horas de la muerte, la reacción es evidentísima, y á los quince minutos ya es perceptible; el papel toma color rojo obscuro.

Ascarelli, bajo la dirección de Ottolenghi, repitió la experimentación (hombres y animales). Separaba los tejidos con una especie de harpón, como para el diagnóstico de los tumores, evitando así casi por completo la presencia de la sangre, y usaba, en vez del papel de tornasol, la tintura de cochinilla, que de rojo se convierte en violeta, con una substancia alcalina. La acidez aparecía á los diez minutos como mínimum y de los veintitrés á treinta y cinco como máximum; comenzaba por el bazo y seguían riñones, corazón, pulmones, hígado, por regla general, siendo más tardíos los músculos, pero siempre antes de la rigidez cadavérica. El género y causa de la muerte modificaban algo el orden y el tiempo de aparecer la acidez.

L. Tomellini y F. A. Musso (*Sull'acidità dei visceri preposta come segno di morte reale.—R. Accad. medica di Genova*), han estudiado experimentalmente esta cuestión desde varios puntos de vista y acaban diciendo que este signo puede ser útil unido á otros, pero no es de valor absoluto; esto sin contar sus inconvenientes prácticos y los motivos de error.

VI. La cantidad de agua que se bebe es muy variable. Fabre, de Commentry (*Le Centre médical*, 1908), se ha valido del término *adipsia* para designar un estado fisiológico, ó poco menos, en que el individuo no tiene sed nunca ni aun estando enfermo; pero la palabra adipsia no es justa, como tampoco resulta muy precisa la de *abstemia* (*abs*, *temetum*, vino) para el no uso de las bebidas alcohólicas fermentadas. Los griegos usaban la voz αηστος para indicar al que no bebe, y la de ολιγοηοτης al que bebe poco. Desde luego, apotismo y oligopotismo convendrían más que adipsia é hipodipsia. De esta carencia de líquidos narra el autor dos casos interesantes, relativos á personas ya ancianas, y como estos casos no son los únicos, opina que la costumbre de beber comiendo, como es lo usual, constituye, más que una necesidad, un hábito y que se bebe más de lo que fisiológicamente es necesario.

VII. Claverie (Tesis de París, 1908), ha dedicado un estudio detenido á las erupciones que produce la vainilla (vainillismo profesional), con motivo de un caso observado por Brocq, caso que ha dado lugar á una discusión interesante en la Sociedad de Dermatología.

La manipulación de la vainilla determina dos erupciones distintas, unidas por numerosas formas intermediarias: una generalizada intensa, y otra ligera, de ordinario localizada.

La primera es, por lo común, pápulo eritematosa, empieza en las manos y se extiende á todo el cuerpo, sobre todo á la cara y cuello, dando al individuo aspecto erisipelatoso, y se acompaña de prurito vivo. Queda algunos días estacionaria (seis días en el enfermo de Brocq) y luego va bajando poco á poco, empezando por el edema de los párpados. Suele haber alopecia superciliar.

La segunda es pápulo eritematosa pruriginosa y se limita á las manos ó algunos otros puntos. Por molesta que sea, los obreros pueden continuar trabajando. Alguna vez se convierte en crónica.

Estas erupciones son recidivantes y suelen obligar al cambio de profesión.

La causa ha sido muy discutida. Se ha atribuído á ciertos parásitos de la vainilla, cercanos á los acaros, á hongos, á las substan-

cias usadas para preparar ó falsificar la vainilla, al formol, etc.; pero sin que exista ninguna de estas causas aparece la erupción. Claverie cree que todas las partes del vainillero, cual ocurre con todos los órganos de algunas orquídeas, son caústicos, siendo el agente nocivo el jugo aceitoso que se escapa de las bayas. Cuanto favorezca esta salida y el contacto con la piel favorece la aparición de los accidentes. En éstos influyen las condiciones individuales, y claro es que también las substancias empleadas para falsificar ó *restaurar* la vainilla.

Como profilaxis particular, limpieza cuidadosa de las manos después del trabajo, y pomadas ó pastas para prevenir la erupción y calmar el prurito, y como profilaxis general, la ventilación de los talleres y depósitos en que se maneja la vainilla.

VIII. Un caso de contagio de disentería amibiana ha sido observado por G. H. Lemoine (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mayo de 1908). El contagiante fué un convaleciente procedente del Tonkin, que tras larga enfermedad llegó á normalizarse; sin embargo, se encontró, buscando con interés, algunos amibos en las deposiciones. El contagiado era un nervioso deprimido y que durante mucho años tenía diarreas agudas anuales que le molestaban dos ó tres días: uno y otro hecho le predispusieron á enfermar.

IX. Que la abstinencia sexual es nociva lo creen el vulgo y no pocos médicos; pero la acción contraria se va abriendo paso. He aquí algunas opiniones recientes, que encuentro recopiladas en la *Gazz. sicil. di Medicina e Chirurgia*, 1908.

Pflüger, de Roma: es inútil discutir; las opiniones serán arrolladas y los obstáculos vencidos ante la necesidad prepotente.

Brieger: es imposible adoptar un criterio preciso, pero conoce un individuo abstinente durante treinta y dos años y muy sano.

Strümpell: es útil indudablemente, mas como las funciones genésicas son hechos normales en la edad adulta, conviene desarrollarlas en el matrimonio.

Hensen: acepta el parecer de Strümpell.

Von Leyden: hay hombres castos de treinta años con muy buena salud, en los cuales se nota cierto nervosismo, corregible con el ambiente y el ejercicio físico. Hasta los veinticinco años debe aconsejarse la abstinencia.

Naisser: es utilísima en la época de desarrollo y acumula energías para toda la vida; sólo debe cesar en la edad adulta.

Erb: es conveniente hasta los veinte años, y respecto á los adul-

tos, si para los unos es fácil y útil, para los otros es insoportable y nociva. Los jóvenes sanos con instinto sexual intenso son conducidos al onanismo y á la neurastenia sexual.

Jurgensen: no es nociva, si bien á cierta edád puede producir inquietudes nocturnas, que se suprimen con una vida más activa.

Jacobson: hasta los veinte ó veintidós años es buena; más allá sólo hace daño á los neurópatas.

Popow: produce mayor fuerza para el trabajo, valor, altruismo, buen humor. Los neurasténicos son los que más deben abstenerse.

Mechede y Hoche: no han visto caso alguno de neuropatía imputable á la abstinencia; evita el agotamiento y la sífilis; si los hereditarios predispuestos se entregan al onanismo, el daño es menor que con aquellas dos enfermedades.

Héricourt (*Les frontières de la maladie*): la función sexual fatiga; algunos insectos mueren después de la reproducción; puede decirse que cada acto sexual destruye parte del individuo y lo hace morir al detalle; con esta mengua de energía, esta decadencia, se exagerán los estados constitucionales debidos á nutrición lenta, y no es negable que influya en los estados degenerativos y en esa atonía que se nota en todos, siendo ya raro el hombre completamente normal. En esto podrían influir los esfuerzos, físicos é intelectuales, en la lucha por la existencia; pero se olvida el deterioro de origen sexual, que favorece la vida urbana con sus contactos y con la provocación de necesidades ficticias.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid

---

A CEGUEIRA EM PORTUGAL, por el Dr. F. Meyer-Waldeck.

En la Sociedad de Ciencias Médicas de Lisboa ha presentado el Dr. Meyer-Waldeck, antiguo Jefe de clínica del Instituto oftalmológico de dicha capital y actualmente médico-oculista en Worms (Alemania), una Memoria sobre la ceguera en Portugal.

Este trabajo, más extenso que el presentado por el autor al

XV Congreso internacional de Lisboa, ha tenido que hacerse mediante el concurso de las autoridades del vecino reino, que fueron las encargadas de llenar unos impresos que el autor distribuyó, y que contenían un cuestionario relativo al número de ciegos que había en cada población, causa de la ceguera, etc.

Anteriormente á este trabajo, se conocía en Portugal una estadística de ciegos hecha en 1.° de enero de 1878, y según ella existían en dicho reino 8.685 ciegos que corresponden á un 20'2 por 10.000, dado que el número total de habitantes en aquella fecha era de 4.290.899.

Es decir, que en 1878 existía en Portugal 1 ciego por cada 500 habitantes, cifra exagerada que sólo fué superada por Finlandia, que en aquel año llegó á 21'4 por 10.000 habitantes.

En el año 1890, el censo acusó una disminución de ciegos en Portugal, puesto que fué solamente de 12'5 por 10.000, pero esta cifra es todavía muy superior á la de España. El autor presenta cuadros detallados de los ciegos de cada distrito portugués, según el sexo, la edad y la proporción en relación al número de habitantes.

El censo de 1900 acusa una nueva disminución de ciegos en Portugal, pues descendió á 10'9, si bien en las estadísticas generales de ciegos de toda Europa hay también una disminución general de ciegos.

En 1903, la estadística hecha por Branco Rodríguez arrojó la cifra de 7.281 ciegos en Portugal é islas adyacentes, lo que corresponde á la proporción de 13'4 por 10.000. Esta cifra, que parece la más exacta y á la que la del autor del trabajo que examinamos se aproxima, indica que existe un número exagerado de ciegos en Portugal.

Los resultados á que ha llegado el autor por medio de sus estadísticas hechas en 1904, alcanzan la cifra de 6.222 ciegos, lo que corresponde á 12'3 por 10.000 habitantes, siendo las causas de estas cegueras las alteraciones congénitas, los traumatismos, la oftalmía purulenta de los recién nacidos, las viruelas, la conjuntivitis granulosa, etc. El tracoma es causa de muchos casos de ceguera en Portugal, pues según Gama Pinto, de 3.000 enfermos observados en un año, el 12 por 100 eran granulosos.

Lisboa es uno de los puntos que más granulosos tiene en Portugal, y otro la provincia de los Algarbes. También abunda en Setubal y en Figueira da Foz.

El glaucoma es también causa de que muchos queden ciegos en Portugal, lo que atribuye el autor á que los médicos generales no hacen el diagnóstico en tiempo hábil para que fuesen los enfermos

iridectomizados. Dicha falta de conocimientos oftalmológicos depende de que la oftalmología no es obligatoria en Portugal.

El autor trata después de los medios adecuados que debieran emplearse para evitar muchos casos de ceguera: el método de Credé para prevenir la oftalmía purulenta de los recién nacidos, la vacunación y revacunación para evitar las viruelas que ocasiona tantos casos de ceguera, las gafas protectoras que evita muchos traumatismos de los ojos á los obreros, etc., etc.

Para prevenir el tracoma propone los medios aconsejados en el Congreso de Oftalmología de Palermo, abril de 1906.

Después se ocupa el autor de las probabilidades de cegar, según las diferentes edades y según las profesiones.

Termina esta interesante obra con varios cuadros estadísticos comprendiendo las causas de ceguera de los 6.222 ciegos que, según el autor, existen en Portugal. Dicha cifra la considera también en otros cuadros según su distribución en las diversas provincias y el tanto por ciento que corresponde á cada causa de ceguera. En otro cuadro agrupa dichos casos de ceguera en razón de la edad en que aquélla tuvo lugar.

Un último cuadro lo dedica el autor á determinar los ciegos que ha producido cada una de las profesiones más usuales, como son las de agricultor, minero, comerciante, profesiones liberales, detallando igualmente el número de ciegos que cada profesión ha ocasionado en cada una de las provincias portuguesas.

Para terminar, diremos que la obra del Dr. Meyer-Waldeck es un trabajo tan completo sobre la ceguera en Portugal, que difícilmente puede hacerse otra más completa, y las estadísticas estudian con tantos detalles cuanto se refiere á las causas de ceguera, á su distribución geográfica y deduce con tal exactitud el tanto por ciento de ciegos según el distrito, las profesiones, las edades, etc., que bien puede compararse el trabajo que reseñamos á los tan perfectos hechos en Alemania y Suiza por Magnus, Meyer, Paly y otros notables oftalmólogos.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 20 de Mayo de 1908 (1).

Corsé higiénico.—La Dra. ALEIXANDRE: Todos vosotros, mejor que yo, sabéis los inconvenientes del corsé y los daños que produce en el organismo femenino, siendo esta circunstancia suficiente para justificar el que yo haga uso de la palabra al haber visto un nuevo modelo de dicha prenda, que reune condiciones ventajosas sobre los ya conocidos. Este corsé está confeccionado de tela elástica que sujeta á lo largo, pero no á lo ancho; acompaña y sigue los movimientos del cuerpo, no produce compresiones sobre el estómago ni sobre el hígado, así que no molesta ni aun después de una comida copiosa; sujeta muy bien las vísceras bajas de la cavidad abdominal, manteniendo la matriz en su posición normal.

Como no lleva más ballenas que las precisas para que el tejido no se arrugue, no oprime la base del tórax, dejando paso libre al aire para que llegue á las bases de ambos pulmones. El pecho tampoco sufre compresión de ningún género. Sus buenos efectos los he experimentado en mí misma y en mis clientes, pudiendo asegurar que ninguna adoptaríamos el modelo antiguo después de conocer éste. Sin decir que se haya llegado al *desideratum*, puedo afirmar que sus excelentes condiciones le aproximan á la perfección.

El Dr. GUTIÉRREZ: He oído con mucho gusto á nuestra digna compañera Dra. Aleixandre hablar de este corsé, sobre el cual tengo que decir que, en efecto, reune las condiciones relatadas por dicha doctora, y he experimentado sus buenos efectos en mis clientes femeninas. No ha habido prenda que más haya fijado la atención de los médicos y de las señoras que el corsé. Se dice que no se necesita el corsé y que la Venus de Milo no lo usaba; pero, señores, la Venus de Milo no parió. El corsé tiende á comprimir las vísceras del abdomen y del pecho, y claro es que el corsé, en estas circunstancias, tiene que ser perjudicial. El corsé es útil y necesario á la mujer, sobre todo cuando se ha deformado su cuerpo por consecuencia de embarazos y partos, y adquiere el vientre esa forma péndula, que á veces llega á los muslos y arrastra tras sí las vísceras, produciendo ptosis diversas.

Se han inventado muchas formas y modelos de corsés, pero después de lo oído á la Dra. Aleixandre y los datos que poseo de mis enfermas, debo decir que este corsé reune las condiciones del corsé higiénico, por la parti-

(1) Se publica este acta con retraso por haberse suprimido las sesiones de la Academia con motivo de las vacaciones de verano, y por no haber sido aprobada hasta la sesión primera celebrada en este mes de noviembre.

cular elasticidad de su tela y la forma de él. La mujer no va incómoda dentro del corsé, no deforma la base del tórax y deja funcionar perfectamente el pulmón; sostiene el vientre hacia arriba (circunstancia muy favorable en los casos de enteroptosis), no comprime el estómago ni el hígado, y yo no he encontrado otro modelo mejor que éste.

Repito que bien puede considerársele como higiénico, y creo que no es *hacer el artículo* manifestar en esta Academia las condiciones buenas que tiene.

Un caso de aborto gemelar presentando uno de los embriones la monstruosidad que se conoce con la denominación de «Celosomas». — El Dr. Cerecedo: La importancia del caso que voy á referir procede: 1.° De ser difícil establecer el diagnóstico de aborto evitable ó inevitable. 2.° De la dificultad de hacer diagnóstico etiológico diferencial entre aborto de origen materno y ovular. 3.° De ser difícil establecer el diagnóstico etiológico diferencial entre aborto gemelar y mola vesicular. 4.° De tratarse de una monstruosidad rara y que, además, tiene la particularidad de presentar la abertura del vientre lateralmente en el vacío izquierdo, y 5.° De tener diferente desarrollo los embriones, pues el no monstruoso es mayor, teniendo de longitud desde el occipucio al coxis 15 centímetros, mientras que el que presenta la monstruosidad sólo tiene 9 centímetros. La edad del primero es de cuatro meses y la del segundo tres.

La interpretación que doy á esto último es la siguiente: Primero, la inserción previa produjo el desprendimiento del huevo inferior y la metrorragia consecutiva. Después dicho desprendimiento ocasionó la muerte del feto del huevo desprendido. Por fin, la muerte de este feto causó las contracciones uterinas y la expulsión consecutiva de ambos huevos.

De los diferentes criterios que me conducen ordinariamente al conocimiento etiológico de la interrupción del embarazo — *a*) el clásico seguido por los autores; *b*) el criterio de la frecuencia que se deduce de una interesante estadística de Varnier, y *c*) el que se adopta generalmente en el Instituto Rubio — todos me han ayudado para llegar al diagnóstico probable de la causa del aborto, y muy especialmente un cuarto criterio que yo llamo «de las analogías ó semejanzas observadas», esto es, el criterio personal propio del que ha visto casos parecidos.

El caso de celosomas presente tiene la falta de oclusión de las paredes ventrales en el vacío izquierdo, por donde sale el paquete intestinal. La embriología nos dice: En cierto período evolutivo embrionario aparecen los bordes laterales de la mancha embrionaria, denominados también repliegues laterales ó láminas ventrales. En la región media del embrión están unidas las tres hojas del blastodermo; y, por el contrario, la división de la hoja media separa cada repliegue lateral en dos láminas: una exterior, la somatopleura, y otra interior, la esplacnopleura. Los referidos repliegues laterales avanzan uno hacia otro para unirse á todo lo largo de la línea media, excepto en el ombligo, resultando que la soldadura de las dos somatopleuras forma las paredes de la cavidad toraco abdominal. Constituyendo el saco embrionario en realidad dos sacos concéntricos, el más interno, que resulta de la soldadura de las dos esplacnopleuras, y el más externo, de las dos somatopleuras, entre ambos sacos hay una cavidad,

única al principio, á consecuencia de la fusión de las dos cavidades pleuro-peritoneales. Al nivel del ombligo ó del pedículo vitelo-intestinal, la cavidad pleuro-peritoneal comunica durante algún tiempo con el cœloma externo, pasando por esta comunicación la alantoides, que naciendo del embrión, va á extenderse en la parte extraembrionaria del huevo. Cuando las paredes del embrión experimentan una detención de desarrollo se produce la eventración consiguiente, de mayor ó menor extensión, según la suspensión de la evolución indicada; por esto los «celosomas» presentan grados tan diferentes, estando representado el grado mínimo por las hernias umbilicales. En virtud, pues, del desarrollo evolutivo de las láminas ventrales, según nos enseña la embriología, la falta de oclusión ocupa casi siempre la línea media; sin embargo, en este caso la abertura se halla situada lateralmente.

Voy ahora en cuatro palabras á referir la historia del caso. Se trata de una mujer casada, de cuarenta y un años, y sin antecedentes de familia ni enfermedades anteriores en relación con el padecimiento actual. La menstruación apareció á los quince años, y fué siempre normal. Tuvo cuatro partos, también normales, el último en 1899. Ausencia de abortos y de puerperios patológicos. Regló normalmente hasta el 25 de enero último, en que tuvo la menstruación exactamente igual á las anteriores. A mediados de febrero experimentó náuseas, vómitos y un ptialismo molestísimo. El 25 de marzo, época correspondiente á la segunda falta, apareció una metrorragia, que no se extinguió completamente hasta después del aborto y extracción de la placenta del primer feto expulsado. y del segundo con su placenta correspondiente. Le faltó, por lo tanto, el flujo que correspondía al 25 de febrero. El 25 ó 26 de marzo se presentó en mi consulta con motivo de lo que ella llamaba reaparición de la regla, y molesta por neuralgias, cansancio, náuseas, vómitos, y, sobre todo, por un ptialismo insoportable.

Reconocida, observé por el tacto digital y palpación combinada, que el útero estaba grande, blando y redondeado, lo cual, unido á la falta del 25 de febrero, me obligó á pensar que dicha enferma estaba embarazada.

El diagnóstico del embarazo no ofrecía duda alguna, pero el determinar si el aborto era inevitable ó no, y, á la vez, precisar la causa probable de la interrupción de la gestación, en que tal estado terminaría, era mucho más difícil. Al principio, antes de notarse la falta de relación entre el volumen uterino y la época del embarazo, creí que la intoxicación gravídica ó la debilidad materna, consecutiva ó no á la perturbación funcional creada por el embarazo, fuera la causa del aborto. Después de eliminar todas las causas de origen paterno y materno de aborto, y en vista del aumento excesivo del útero, pensé, por exclusión, en el origen ovular.

Y entre estas causas, muy particularmente en un embarazo gemelar, con dos huevos, uno inserto inferiormente, produciendo la inserción viciosa que pudiera explicar la hemorragia continuada, ó en la degeneración de las vellosidades coriales, pues estas dos causas explicaban perfectamente, tanto la hemorragia como el aumento desproporcionado del útero en relación con la época de la gestación. Vacilando entre estos dos diagnósticos estuve dos ó tres semanas, hasta que me resolví, para salir de dudas, á mandar la

enferma al Instituto Rubio, porque mientras que la expectación podía estar indicada ó disculpada, tratándose de un embarazo gemelar, en tanto que la hemorragia ó infección no obligaran á intervenir, en la hipótesis de un embarazo molar, quizá tanta expectación pudiera ser perniciosa, á juzgar, por lo menos, por un caso observado hace dos años próximamente en mi práctica particular. La enferma mejoró algo con el tratamiento higiénico y farmacológico, pero amaneciendo el día 2 de mayo sufrió una metrorragia considerable, por la cual tuve que visitarla, hallando ya fuera de la vulva el embrión con la monstruosidad indicada.

El tratamiento higiénico y farmacológico seguido desde la vez primera que vi á la enferma, fué el aconsejado por todos los autores. El 2 de mayo, cuando fuí solicitado, logré con masaje y el desprendimiento digital extraer ambas placentas, terminando esta modesta intervención con una inyección hipodérmica de ergotina y una irrigación vaginal con disolución de oxicianuro de mercurio. La enferma continuó bien, sin hemorragia ni fiebre, recuperando rápidamente las fuerzas perdidas.

La reflexión á que me conduce esta historia es á pensar en las insuperables dificultades que ocurren al intentar precisar el diagnóstico etiológico diferencial del aborto, máxime cuando la causa es de origen ovular, porque en estos casos falta un elemento de juicio importantísimo con que generalmente se cuenta en los abortos de causa paterna ó materna, general ó local, pues en estos casos con frecuencia se trata de abortos de repetición, ó partos prematuros, ó muertes habituales del feto en cierta fecha, en que por la época en que ocurre la interrupción de la gestación, ó por la historia patológica de la embarazada, ó por la exploración de sus órganos y funciones (desviaciones uterinas, albuminuria, etc.), se llega al conocimiento de la causa determinante.

Deseo conocer las observaciones hechas por los Sres. Académicos para ver si se puede establecer más fácilmente el diagnóstico diferencial entre aborto gemelar con inserción previa y mola vesicular, con el fin de instituir la terapéutica oportuna. Si la inserción previa es una causa de hemorragias y abortos tan frecuentes, como afirman Varnier y Pinard, en la primera mitad de la gestación es interesante hacer pronto el diagnóstico para terminar rápidamente la expulsión, evitando así pérdidas inútiles á las embarazadas.

Verdaderamente, la misma génesis que explica el desprendimiento placentario al final de la gestación, en los casos de inserción viciosa, ideada por Jacquemier y sostenida por Depaul, nos explica también á satisfacción el desprendimiento del huevo en el primero y segundo trimestre del embarazo. En ambos casos, la falta de paralelismo entre el desarrollo ó evolución uterina y ovular ó placentaria, sería la causa del desprendimiento del huevo ó de la placenta, y de la hemorragia é interrupción de la gestación consecutiva.

Es, por lo tanto, conveniente el diagnóstico precoz de la inserción previa, como causa de hemorragias y abortos en la primera mitad de la gestación.

El Dr. Gutiérrez: Los asuntos que plantea nuestro querido compañero, el Dr. Cerecedo, en la historia y que tan minuciosamente detalla, son de

resolución bastante difícil. Primero, diagnóstico diferencial entre el embarazo gemelar y la mola. Al tratar este punto nos daba un signo, el ptialismo, al cual concedía alguna importancia para establecer dicho diagnóstico de embarazo gemelar, y yo puedo decir que no tiene ninguna, y que he visto varios casos de ptialismo en señoras cuyo embarazo era simple; recordando, entre otros, el de una que necesitaba y empapaba de saliva más de 50 pañuelos al día y, por cierto, no cedió á ninguno de los tratamientos conocidos. No hay más datos para el diagnóstico que el mayor volumen del útero en una época dada y la percepción, por palpación combinada, de partes fetales iguales dobles: dos cabezas, dos nalgas, etc.

¿Puede confundirse un embarazo gemelar con una mola? Sí. Puedo, sin embargo, manifestar al Dr. Cerecedo un signo que me ha servido repetidas veces para diagnosticar el embarazo molar. Este signo ó dato, que por cierto no lo he visto consignado en los autores, es la existencia de *soplos múltiples en toda la superficie del útero*, coincidiendo, naturalmente, con un desarrollo exagerado de esta víscera en relación á la edad del pretendido embarazo, ausencia de partes fetales á la palpación y falta de latido cardíaco fetal.

Una señora de Toledo, á quien una metrorragia la hizo venir á mi consulta, presentaba estos síntomas y pronostiqué que se realizaría más ó menos pronto el aborto de una mola, como en efecto así sucedió á los dos ó tres días.

En otra de Madrid tampoco se percibían partes fetales ni oía el latido cardíaco, pero por todas las zonas del útero se oían soplos múltiples. La intensidad de la hemorragia me obligó á intervenir; extraje la mola y la enferma curó bien.

¿Debemos ser siempre abstencionistas en la mola? Creo que no; pero no debemos intervenir mientras la hemorragia no nos obligue de un modo ineludible, aunque existe el peligro de que puedan quedar ingertos incrustados, digámoslo así, en las paredes uterinas y más tarde dar lugar á la formación de un corioepitelioma.

¿Cuál es la causa de estos abortos ovulares? En los libros no se consignan más que causas de origen paterno, de origen materno, la albuminuria, sífilis, etc.

Estimo que en un útero que ha padecido de endometritis ó congestiones repetidas no es posible que anide un feto hasta completo desarrollo y el aborto viene casi siempre antes de los tres meses, y en la mayoría de veces en una época que coincidiría con la congestión menstrual ordinaria.

A partir del tercer mes hasta el quinto ó sexto, la causa que da más contingente de abortos son las desviaciones uterinas, por el estímulo que despierta sobre la fibra uterina el atirantamiento de los ligamentos. Desde el sexto mes en adelante ya casi puede decirse que la causa de la interrupción del embarazo es la sífilis.

Respecto á la monstruosidad, manifiesta que, en efecto, se trata de un monstruo cœlosomiano y explica, por medio de dibujos, cómo se verifica.

El Dr. *Cerecedo* da las gracias al Dr. Gutiérrez por su brillante conferencia; explica el alcance y valor que dió al síntoma ptialismo por haber tenido cinco enfermas, las cuales en embarazos anteriores no habían tenido

ningún accidente patológico, y en que este fenómeno se había presentado juntamente con el mayor volumen del útero y que había dado la coincidencia de resultar embarazos gemelares.

Agradece el signo de los *soplos múltiples* en la mola, signo que desconocía.

El Dr. Sarabia: Voy á hablar de un caso que, á mi juicio, reviste interés por ser una manifestación rara y extraña de la gripe, caso gravísimo y que terminó por defunción en el espacio de muy pocas horas.

Fuí requerido con gran urgencia para que prestara mis auxilios á una niña de diez años, y mi sorpresa fué grande cuando me encontré con que una niña sana, bien desarrollada, contenta hasta la víspera, sin antecedentes de ninguna clase, de repente enferma, y aparece con el siguiente cuadro: 165 pulsaciones, pulso duro, contraído, ansiedad respiratoria alarmante, angustia *pectoris* que le hacía vaticinar su muerte próxima, sequedad notabilísima, como de pergamino, de la boca y fauces, etc. El cuadro era gravísimo.

Ni las inyecciones de morfina, de quinina á alta dosis, ante la idea de que pudiese tratarse de una forma palúdica perniciosa; ni las del suero, sirvieron de nada; por la tarde la temperatura subió á 41°, tuvo subdelirio y un colapo cardíaco acabó con la enferma.

A nadie se le oculta que estamos sufriendo en la actualidad un recrudecimiento de la gripe, y como he visto localizaciones muy raras de esta infección (parálisis del nervio tibial, afecciones retinianas y de la coroides, de las cuales dí cuenta en esta Sociedad), ¿no podría ser éste un verdadero asalto de las toxinas gripales al plexo nervioso cardíaco? Esto nos permitió sospechar que fuese la causa de aquel agudísimo y grave estado.

La gripe es una infección de las que más codicia tienen por el sistema nervioso y su forma sideral es la más frecuente por atacar á los nervios de la vida vegetativa. Yo creo que el simpático es el que toma más participación, el que más sufre los efectos de la infección gripal, y no cabe otra explicación en este caso sino que tuvo el capricho de localizarse en el plexo cardíaco.

Termina diciendo que la gripe es una de las enfermedades que más deben cuidarse, sobre todo en los niños, sin que ni aun así podamos ponernos á cubierto de sorpresas muy desagradables y de triste terminación.

PERIÓDICOS

Cistitis tuberculosa curada con inyecciones intravesicales de aceite yodoformico.—En la *Medicina de los Niños* publica D. Rafael Margarit el siguiente caso clínico:

«La niña N. T., de diez años de edad, entró en el hospital el 17 de febrero de 1908.

Ofrece esta niña una constitución débil y mala conformación de su tórax.

Siente agudos dolores en el hipogastrio con irradiaciones por todo el

abdomen, necesidad imperiosa de orinar cada cinco minutos y dolor agudísimo en el acto de la micción.

La orina es de un color claro, parecido al color de la paja, sin formación alguna de pus; disminuye el dolor por la noche y se orina en la cama sin que de ello se dé cuenta.

Durmiendo en decúbito anterior le molestaba menos el dolor. El conjunto de síntomas hacía pensar en una cistitis, pero la falta absoluta de pus en la orina, el no presentarse turbia, excluía la idea de una inflamación producida por gonococo ni por estreptococo; cabía pensar en el bacilo de Koch, y con efecto, tratada dicha cistitis con una solución débil de nitrato de plata, se agravó, lo que sólo ocurre en la ciscitis tuberculosa, ya que en las demás con dicho medio tópico mejoran siempre. Se diagnosticó de cistitis tuberculosa.

A la edad de dos años padeció de cálculos vesicales (?) que mediante cierta medicación desaparecieron, sin volver á tener ningún otro síntoma parecido. Sus padres y hermanos disfrutan actualmente de cabal salud; su padre es propenso á enfermedades de las vías respiratorias, bronquitis, etc.

Empezó la enfermedad á los cinco años de edad, por incontinencia nocturna de orina, seguida en orden cronológico de los demás síntomas.

Se le dió como reconstituyente la siguiente fórmula:

Vino de quina.....		500 gramos.
Tintura de yodo.....	aa	5 —
Yoduro de potasio.....		

Mézclese.

Para tomar dos cucharadas al día antes de las comidas.

Como medicación tópica, lavados vesicales con agua estéril todos los días y alternando cada dos días con instilaciones de

Aceite de olivas lavado y esterilizado.....	100 gramos.
Yodoformo.....	5 —

Una instilación cada dos días de unos 10 gramos, de dicha solución.

Han cesado ya los dolores y la incontinencia que padecía, y será dada de alta, al parecer completamente curada.

Pero esta no es más que una tuberculosis más ó menos difusa».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Octubre de 1908.

Cáncer del cuerpo del páncreas. — El Dr. *Chauffard* refirió tres observaciones de cáncer primitivo del cuerpo del páncreas é indicó las diferencias profundas que le separan del de la cabeza de este órgano. En esta última localización, mucho más común, faltan los dolores y el síntoma característico, el que hace posible el diagnóstico, es una ictericia crónica, progresiva, invariable, con dilatación habitual y á veces grandísima de la vesícula biliar.

El cáncer del cuerpo del páncreas no va acompañado de ictericia más que de una manera inconstante y tardía y sin que la vesícula biliar se dilate; la ictericia es debida á las compresiones biliares neoplásicas en el hígado ó á embolias capilares intrahepáticas.

El rasgo característico es la aparición precoz de dolores paroxísticos localizados primero á la izquierda, después medios y transversos y que van acompañados de deseos falsos de defecar. Estos dolores tienden á hacerse continuos, se hacen intolerables, inexplicables, profundos, constrictivos ó en corsé con irradiaciones dorsales ó escapulares. Los enfermos sólo encuentran algún alivio estando sentados ó inclinados hacia adelante. Enflaquecen con rapidez, caen en un estado de caquexia y mueren antes de que sea posible apreciar la existencia de un tumor.

Estas crisis dolorosas se asemejan, por ejemplo, á las crisis viscerálgicas de la tabes, así que es preciso hacer bien el diagnóstico diferencial.

La diferencia sintomática entre el cáncer del cuerpo y el de la cabeza del páncreas se explica por las conexiones anatómicas tan diferentes de una y otra parte del órgano.

Respecto á la cabeza del páncreas no es necesario recordar las relaciones clásicas con la extremidad del colédoco, que hacen clínicamente una región biliar por excelencia.

Para el cuerpo pancreático, la conexión capital en la especie es de orden nervioso é interesa el plexo solar, las ramas que proceden de él y los nervios esplácnicos.

Sin entrar en detalles complicados de anatomía, basta recordar las relaciones siguientes:

La parte superior del plexo solar (ganglios semilunares, esplácnicos mayores, filetes superiores del esplácnico menor) queda por encima del borde superior del páncreas y muy cerca de él. Desde este punto hace una serie de filetes nerviosos que acompañan á los vasos esplénicos y que terminan en el parénquima y en la cápsula del bazo.

La parte inferior del plexo solar (ganglios mesentéricos superiores y aórticorrenales, terminaciones de los esplácnicos menores y nervios de Walter) está unida á la cara posterior del páncreas.

De modo que si la cabeza del páncreas es, según la frase de Dieulafoy, una *región pancreaticobiliar*, el cuerpo de esta glándula puede ser considerado como una región *pancreaticosolar*, y así se explica toda la sintomatología tan especial del cáncer del cuerpo del páncreas.

El dolor inicial izquierdo es debido probablemente á la irradiación álgica á lo largo de los nervios esplácnicos. Después, á medida que el conjunto de la región solar es invadido, el dolor adquiere su terminación típica media, transversa y supraumbilical, de carácer profundo y angustioso. Se comprende la analogía tan notable de los accidentes con las crisis tabéticas admitiendo, según la opinión general, que éstas dependen de una lesión probable del simpático abdominal (J. Roux).

Pueden atribuirse también á la excitación ó á la invasión de los plexos solares los síntomas intestinales: sensación de plenitud abdominal, deseos falsos de defecar; el ciego y el colon ascendente y transverso reciben filetes nerviosos del plexo celíaco y del ganglio mesentérico inferior, y el conjunto de estos filetes nerviosos contiene á la vez ramas inhibitorias y fibras motrices (Gley).

Las conexiones nerviosas del cuerpo pancreático explican los síntomas particulares que individualizan la degeneración neoplásica; tanto el tipo clínico de este cáncer como del de la cabeza del páncreas, depende de los síntomas de origen topográfico: en el cáncer de la cabeza, *síndrome pancreaticobiliar;* en el del cáncer del cuerpo, *síndrome pancreaticosolar*.

Respecto al tratamiento puede decirse que la terapéutica médica es impotente en absoluto para calmar los sufrimientos del enfermo, al que no le queda más recurso que las inyecciones de morfina.

La terapéutica quirúrgica produce mejores resultados. Se está autorizado á intervenir, puesto que, gracias á la laparatomía, la descompresión intra-abdominal y la rotura de las adherencias profundas, el dolor continuo y atroz cesa y los enfermos encuentran tal mejoría que se creen curados. Esta mejoría es, por desgracia, muy corta y la caquexia tarda poco en continuar su marcha rápida.

Contra la ictericia nada puede pedirse á la intervención quirúrgica, porque la vesícula no está dilatada y las causas de retención biliar están localizadas en el hílio ó en el parénquima hepático.

Haciendo el diagnóstico precoz quizá aumenten los éxitos quirúrgicos. La pancreatectomía cefálica, estudiada y aconsejada por Sauvé (1), le parece al Dr. Chauffard difícil y arriesgada. Pero la extirpación de un núcleo neoplásico por resección media del páncreas, no la cree imposible operando á tiempo.—F. Toledo.

(1) *Revue de Chirurgie*, pág. 352, 1908.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Octubre de 1908 (1).

De la tarsalgia.—El Dr. Reynier: La tarsalgia, para la cual el Dr. Poncet ha invocado como causa la tuberculosis, se halla rodeada de obscuridad hasta hoy, en lo que se refiere á su patogenia. Varios autores han emitido y defendido opiniones diferentes desde este punto de vista, existiendo, al parecer, contradicción entre ellos. He examinado numerosos piés anquilosados y nunca he encontrado lesiones tuberculosas; el resultado ha sido también negativo en las operaciones de Ogston que hemos hecho: los huesos son más bien friables, como lo que se observa cuando han existido alteraciones nerviosas. He recogido unos 80 casos de tarsalgia, lo que me ha permitido hacer algunas investigaciones sobre los antecedentes de estos enfermos, que son todos adolescentes. La mayoría habían nacido de padres que habían sido nerviosos, alcohólicos, histéricos, tabéticos ó paralíticos generales; en una palabra, creo que se debe incriminar al neurosismo, que explica á la vez la contractura y la impotencia. Añadiré, sin embargo, que en algunos casos se pueden invocar como causas la blenorragia, la artritis seca y la tuberculosis.

De la supresión del fondo de saco de Douglas.—El Dr. Faure: Nos ha comunicado el Dr. Marion dos observaciones casi idénticas, y se refieren á dos jóvenes vírgenes con prolapso de la pared posterior de la vagina y retroversión del útero. Nuestro colega practicó la laparatomía, pasando cuatro hilos por debajo del peritoneo y cerrándolos en bolsa de modo que quedara pegada la pared de la vagina al útero y al recto, es decir, suprimida la cavidad de Douglas; cuatro años después de la operación, el resultado se sostenía igual. Después de estas dos primeras intervenciones, el Dr. Marion ha practicado el mismo acto terapéutico en otras tres mujeres. Esta supresión de Douglas no puede ser más que una operación complementaria de la perineorrafia en la mayoría de los casos.

Abscesos del pulmón; traumatismo del cráneo.—El Dr. Faure: Nos ha enviado el Dr. Lop, de Marsella, una observación de absceso del pulmón que fué incindido y seguido de curación. También ha enviado otras tres observaciones de traumatismos, una de ellas en el cráneo, que ha sido tratada con éxito por una punción lumbar que evacuó 40 cent. cúb. de líquido.

El Dr. Guinard: Creo que esta evacuación es muy abundante, y recuerdo un caso de muerte ocurrido en semejante circunstancia al fin de la punción: es suficiente extraer 20 cent. cúb. de líquido raquídeo.

Vaginismo que desaparece después de una apendicectomía.—El Dr. Richelot: No es necesario recordar las numerosas causas invocadas para explicar el vaginismo. De un modo general se ha invocado el neurosismo y la existencia de pequeñas heridas vulvo-vaginales, aunque estas últimas no las he encontrado en muchos casos. Por esto, sin negar que puedan ser el punto de partida de un reflejo, creo que con más frecuencia interviene la

(1) La sesión del día 21 se levantó en señal de duelo por la muerte del Dr. Berger.

acción del neurosismo. En una mujer de veintiocho años, que llevaba cinco años casada, durante los cuales un pronunciado vaginismo se había opuesto á toda relación completa, descubrí una apendicitis crónica que operé, é inmediatamente después desapareció espontáneamente el vaginismo.

El Dr. CHAMPIONNIÈRE: Las causas del vaginismo son múltiples, y su origen tan pronto se halla en una lesión de la esfera genital como en una lesión extragenital. Recuerdo á una enferma á quien practiqué una operación de Porro, y después se declaró un vaginismo que persistió hasta la vejez.—(*Bull. Medical*).—CODINA CASTELLVÍ.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.

(Continuación).

Cáncer de la boca y de la lengua.—El Dr. J. COLLINS WARREN (de Boston) (*Conclusiones*): 1.ª Las relaciones del sistema linfático con la neoplasia primitiva es un dato anatómico importante en las operaciones por cáncer de la boca y de la lengua.

2.ª Los procesos inflamatorios crónicos de la membrana mucosa, refractarios al tratamiento local, son importantes como estados predisponentes ó precancerosos y deben ser tratados por los medios quirúrgicos.

3.ª El cáncer de la boca y de la lengua es una enfermedad local limitada á los tejidos que rodean inmediatamente su punto de origen y al sistema linfático adyacente. Las metastasis internas son raras.

4.ª El examen microscópico de la neoplasia primitiva debe ser la piedra de toque del diagnóstico en los casos dudosos y debe hacerse antes de practicar la operación. El tratamiento antisifilítico no es un guía seguro y no debe retrasar la intervención quirúrgica.

5.ª El tratamiento operatorio moderno del cáncer de la boca y de la lengua comprende:

a) El tratamiento preliminar de la cavidad de la boca;

b) Protección de las vías respiratorias por medicamentos y por la intubación de la faringe, por la laringotomía ó por la posición;

c) Extirpación de la lesión primitiva con una margen de 25 milímetros, si es posible, de tejido sano;

d) Disección en bloque, como regla general, de la cadena linfática del triángulo cervical anterior en uno ó en los dos lados;

e) Puede conseguirse que disminuya la mortalidad disecando en bloque los ganglios del cuello, como operación secundaria, unos quince días después de practicada la primera operación;

f) La operación intrabucal es por necesidad incompleta y debe completarse disecando uno ó los dos triángulos cervicales anteriores;

g) La vía submaxilar, aunque permite la disección en bloque, no per-

mite llegar con facilidad á los tejidos enfermos, cosa indispensable en las operaciones por cáncer;

h) Seccionando la mandíbula queda al descubierto todo el campo operatorio y el cirujano puede operar como si lo hiciera sobre la superficie del cuerpo, pero la división del maxilar aumenta de un modo extraordinario el riesgo operatorio.

6.ª La operación ideal del porvenir consistirá en poner al descubierto la cavidad bucal y los triángulos cervicales anteriores y en disecar en bloque los tejidos enfermos. El empleo de medios mecánicos de protección de las vías respiratorias y la perfección de los detalles técnicos operatorios, con arreglo á los datos expuestos, permitirán practicar una operación de este género sin gran mortalidad operatoria.

7.ª La mortalidad varía según lo extenso de la operación; es menor (5 por 100) con la operación intrabucal y mayor (30-35 por 100) en las que exigen la sección ó extirpación de la mandíbula inferior. La muerte, por regla general, es debida al colapso, á la sepsis ó á la bronconeumonía.

8.ª En una serie de casos del Hospital General de Massachussetts, de 112 operaciones por cáncer de la lengua y de la boca, en 16 no hubo recidiva tres años después de la operación (14'2 por 100) (en todos los casos el examen histológico confirmó el diagnóstico).

9.ª De 57 casos de cáncer de la lengua, 10 (17'5 por 100) curaron por la operación.

10. La recidiva local de la enfermedad se observa con más frecuencia que la recidiva sólo en los ganglios linfáticos. Sólo en un caso recidivó la enfermedad después de los tres años de practicada la operación.

El Dr. *Butlin* (de Londres) dijo que ha operado 197 casos de cáncer de la lengua: 20 operados han muerto á consecuencia de la operación; 1 se ha perdido de vista; 26 han sucumbido de recidiva bucal; 34 de recidiva ganglionar; 7 de recidiva á la vez ganglionar y bucal; 10 de recidiva local indeterminada y 4 de recidivas ganglionares y quizá bucales; 2 de recidiva local del lado opuesto á la lesión; 2 á un cáncer de la mitad opuesta de la lengua; 1 á una afección secundaria del pulmón; 3 enfermos han sufrido operaciones paliativas; 5 de las operaciones incompletas; 22 están operados hace poco tiempo para ser incluídos en la estadística; 55 siguen sin recidiva en un período que varía de tres á treinta y tres años. Ha operado 9 cánceres del suelo de la boca con 4 muertes por recidiva local, 1 por recidiva ganglionar; en 4 persiste la curación desde hace más de tres años.

El Dr. *Vallas* (de Lion) dijo que la necesidad absoluta de extirpar extensamente toda neoplasia cancerosa desarrollada en la boca y sus dependencias obliga muchas veces á recurrir á una resección ósea importante de la región (maxilar superior ó inferior, hioides). Ha necesitado resecar 2 veces el maxilar superior, 87 la mandíbula inferior, y á extirpar el hioides 6 veces. La resección de la mandíbula inferior la cree indicada en muchos casos: cánceres de este hueso, del suelo de la boca y de la parte anterior de la lengua, de la cara interna del carrillo y del surco gingival, adenitis cancerosas suprahioides y submaxilares, cánceres del istmo de las fauces.

El procedimiento que emplea para ejecutar esta operación tiene por objeto: extirpar en un solo bloque todas las partes enfermas; respetar el or-

[illegible] y, en la parótida, la rama inferior del facial: hacer todas las incisiones en el cuello, que es más estético y permite cubrir las ramas de nuevo lejos de la presión de los aparatos de prótesis.

Cuando la parótida de vecindad de las partes duras no es muy considerable, recurre á la prótesis inmediata por el procedimiento de C. Martin. En el caso contrario, se contenta con prevenir la desviación hacia dentro de fragmentos que queda por medio de piezas de prótesis especiales. La cavidad bucal es cerrada en la parótida, por sutura de las secciones mucosas. El enfermo es alimentado con sondas y con la sonda hasta la cicatrización completa.

La mortalidad de estas operaciones es bastante elevada (sobre todo por *[illegible]*). En 19 resecciones por osteosarcomas del maxilar, ha tenido 1 muerte; en 43 resecciones por cánceres del suelo de la boca y de la parte anterior de la lengua, 11 muertes; en 28 resecciones por cánceres de la faringe, 8 muertes.

Cuanto á los resultados lejanos, cree Vallas que en la mitad hay recidiva en el primer año; ha observado, sin embargo, supervivencias de dos, tres, cuatro y cinco años.

El Dr. *Eulenburg* (de Viena) emplea cada vez más la sección media del maxilar inferior (casi siempre en bayoneta) en el cáncer de la lengua, y recomienda proceder á la prótesis inmediata en las resecciones de la mandíbula por tumor.

El Dr. *Bastianelli* (de Roma) cree que todo tratamiento de cáncer de la lengua que tenga la pretensión de ser radical, debe comprender la ablación sistemática de los ganglios de ambos lados del cuello, sea la que fuere la extensión del tumor principal. Es preciso buscar los ganglios lo más lejos posible, hasta debajo de la apófisis mastoides, donde engloban á veces la vena yugular, no vacilando en resecar la punta de la mastoides para poder ligar la yugular á su salida del cráneo y extirpar á la vez el paquete ganglionar.

En su obra sobre el cáncer de la lengua, publicada en 1903, reunió 802 casos operados, de los que 584 han sido vistos de nuevo, después de más ó menos tiempo, el 11'6 por 100 sólo permanecían sin recidiva después de tres años. Su estadística personal da una proporción de curación algo superior (15 por 100) y hasta de 25 por 100 para los cánceres de la punta de la lengua. Cuanto á los de la base de este órgano, cree que jamás curan por completo y sería preferible no operarles.

El Dr. *Morestin* (de París), expuso su opinión respecto á los cánceres de la boca y de sus dependencias.

1.° *Cánceres de la lengua.*—Es necesario extirpar los ganglios de las regiones carotídea y submaxilar, por medio de una disección minuciosa y completa, á cuya operación da el nombre de *procedimiento anatómico*. La ablación de la mitad correspondiente de la lengua es practicada por la vía suprahioidea lateral, sin ligaduras ni traqueotomía previas.

La ablación de una mitad de la lengua con disección unilateral del cuello, responde á los casos comunes cuando el tumor está localizado en uno de los bordes del órgano. Si es medio ó muy extenso, practica la disección bilateral y la ablación lingual. Si se trata de un cáncer de la base de

la lengua, que se extiende casi siempre por la faringe, reseca la rama ascendente maxilar superior. En los sujetos débiles y en los casos de cáncer extenso, es preferible operar en dos ó tres tiempos.

2.° *Cánceres del suelo de la boca.*—Estos cánceres principian siempre por la mucosa, y durante mucho tiempo quedan relativamente superficiales. Invaden la cara inferior de la lengua, y además las encías y los alvéolos antes de infiltrar profundamente el espesor de los tejidos del suelo de la boca. En cambio, desde el principio ponen en peligro un territorio linfático extenso. Por consiguiente, la exeresis de la lesión cancerosa debe ser precedida siempre de la extirpación de los ganglios del cuello y de las regiones suprahioideas (media y lateral).

Cuando, lo que ocurre pocas veces, se observa en su período incipiente, es posible extirparle por las vías naturales ó por la vía suprahioidea lateral. Por lo general, es necesario sacrificar, á la vez que el suelo de la boca, una parte del maxilar inferior. Cree Morestin que se puede ser, hasta cierto punto, económicos en la resección de la mandíbula, y en muchos casos conservar un arco óseo delgado, constituído por el borde inferior del maxilar, después de haber extirpado toda la porción alveolar. Se suprime, en un bloque, la porción alveolar, el tumor, las glándulas sublinguales y parte de la lengua. Esta conserva su inserción anterior, y puede recuperar parte de sus funciones. La morfología de la cara no se altera.

3.° *Cánceres del carrillo.* — Los cánceres de la cara interna del carrillo principian de ordinario en la proximidad de la abertura bucal ó en las inmediaciones del surco labial inferior. Contraen rápidamente adherencias con la mandíbula, invaden al poco tiempo los ganglios linfáticos y su malignidad es grandísima. Conviene, por lo tanto, practicar operaciones muy extensas, aun para lesiones en apariencia circunscriptas. La extirpación de las cadenas ganglionares correspondientes es más indispensable que nunca. La resección del segmento de la mandíbula es también necesaria, tanto para la ablación completa de la neoplasia como para prevenir la constricción de los maxilares.

Muchas veces es preciso sacrificar los tegumentos externos, lo que obliga á hacer autoplastias complicadas y á veces dificilísimas. Para llenar estas pérdidas de substancia, en ocasiones considerables, suele ser ventajoso recurrir á la desviación de los labios y hasta del carrillo correspondiente. La transposición de todas estas partes blandas es un recurso utilísimo, que permite en casos detestables formar una cavidad bucal continente.

4.° *Cánceres de los maxilares.*—Los de la mandíbula superior son más interesantes y más comunes. El origen de algunos epiteliomas son restos epiteliales incluídos en el espesor de la mandíbula; otros son propagados de los tejidos blandos inmediatos. Muchos, y estos son los más típicos, proceden del seno maxilar. En este caso, siempre grave, debe practicarse la resección extensa de todo el macizo maxilar. Es preciso vigilar la extirpación total de las vías lagrimales, y no retroceder ante la supresión de todas las partes blandas sospechosas. En cambio, se puede ser relativamente parco cuando la lesión no ha nacido en el seno. El examen de los ganglios se impone siempre. Las brechas faciales pueden llenarse por medio de colgajos tomados de la frente ó de la sién.

El Dr. *Goris* (de Bruselas) negó que las lesiones cancerosas unilaterales de la lengua produzcan sólo infecciones ganglionares unilaterales. Cuanto á la extirpación de los ganglios, practica las mismas incisiones que el doctor Döllinger, y principia siempre este tiempo operatorio por los ganglios más inferiores. Principiando por la región submaxilar, se corre el riesgo de romper el tractus linfático que une los ganglios con el tumor primitivo, mientras que empezando lo más abajo posible, se consigue limpiar de capa en capa, á lo largo de los vasos, todo el territorio linfático. Cuando la yugular está degenerada, esta manera de proceder facilita de un modo notable la operación, haciéndola menos peligrosa, puesto que la yugular seccionada sirve de hilo conductor para las regiones superiores.

Tratamiento del cáncer de las fosas nasales, de la faringe y de la laringe.— El Dr. *Glück* (de Berlín) recordó su trabajo *Sobre la resección profiláctica de la tráquea* (1879-1881), que constituye la base, á la vez teórica y experimental, de sus resultados prácticos, en la esfera de la cirugía, de la laringe y de la faringe. Indicó la manera, según la cual, la implantación del muñón traqueal en la piel del cuello evita con seguridad, en el curso de la laringectomía, la neumonía por deglución; describió también la plástica laríngea en la hemilaringectomía y la plástica que, en la ablación total de la lengua, restaura, después de la traqueotomía baja, el fondo bucal de una manera casi hermética.

En todas las demás operaciones que no modifican la entrada de la laringe ni su actividad refleja, la posición de Rose, la compresión temporal seguida de ligaduras, el taponamiento, bastan para proteger las vías respiratorias contra toda operación. La laringectomía es practicada siempre en una sola sesión; sólo en los casos de disnea grave se principia por la implantación del muñón traqueal; en todos los demás casos se principia por el polo superior, después de aislar la laringe, se extirpa todo en bloque con la musculatura y los ganglios, y no se practica la sección hasta el fin, después de haber atraído el muñón traqueal por medio de hebras de seda; el último tiempo, antes de la reunión de la herida, es la implantación circular del muñón traqueal en la piel. El hecho de que esta operación se ha hecho aséptica, asegura el tratamiento ulterior. La ablación de la musculatura y la extirpación minuciosa de los ganglios, aun con la vena yugular, ha mejorado de un modo notable los resultados de las operaciones por tumores malignos de la laringe y de la faringe.

El poco peligro relativo de estas operaciones, ha incitado al Dr. Glück á practicar operaciones radicales con éxito en otras afecciones, por ejemplo, la tuberculosis. La plástica y la prótesis han mejorado sensiblemente el resultado funcional y cósmico. Entre las operaciones nuevas, conviene citar: «laringoschisma artificial» (laringo y traqueostomía), las laringofaringo y esofagoplastias totales ó parciales, la resección y la sutura circular de la tráquea, la traqueoplastia y la laringofisura exploradora.

La mortalidad de las grandes operaciones practicadas sobre la laringe, que era hace poco tiempo de 54 por 100, ha descendido á 0 por 100 en las laringofisuras, las hemilaringectomías y las extirpaciones totales bien reglamentadas. La mortalidad en su estadística no excede de 9 por 100 en las extirpaciones totales.

Cuando no basta la plástica, emplea su prótesis especial, que permite al enfermo deglutir normalmente y hablar en voz baja. En los casos de carcinoma ó de obliteración de la porción torácica del esófago, el mismo género de prótesis reune en puente los orificios de la gastrostomía y de la esofagostomía, de modo que el enfermo puede deglutir de un modo análogo al normal. En los casos de estenosis ó de exclusión de la parte superior de las vías respiratorias, procura obtener, por medio de una fístula pulmonar, la respiración retrógrada.

El Dr. *Butlin* (de Londres) dijo que había practicado 41 operaciones por cáncer de la laringe en 37 enfermos, á saber: 31 tirotomías, 1 laringotomía suprahioidea, 2 hemilaringectomías y 3 laringectomías totales. Murieron 5 enfermos de la operación y 7 de recidiva. Conviene advertir que la proporción de curaciones ha aumentado á medida que ha ido perfeccionándose la técnica. El diagnóstico precoz del cáncer tiene una importancia grandísima, porque en este caso puede bastar una operación conservadora, aunque radical. Cree, en contra de la opinión de Glück, que la laringectomía es una operación gravísima, no sólo por su mortalidad elevada, sino por el estado lamentable en que quedan los operados para la vida social. Las supervivencias son, además, raras.

El Dr. *Durand* (de Lion) cree que para operar los tumores malignos de nasofaringe, no debe atacárseles por la cavidad del *cavum*, sino que es preciso hacer la ablación de la nasofaringe por una verdadera *faringectomía*. Con este objeto es preciso separar dicho órgano de la apófisis pterigoides por fuera, de la aponeurosis prevertebral por detrás y de la apófisis basilar por arriba. Practica esta operación llegando á la nasofaringe por resección temporal del macizo formado por el maxilar superior y el pómulo, según la técnica de J. Roux. Se llega así á la cara anterior de la apófisis pterigoides, y desde entonces principia la faringectomía. Se coloca después en su sitio el bloque óseo movilizado y se le sostiene por sutura de su inserción superoexterna y por una canal de C. Martin modelada sobre el arco dentario superior. El macizo maxilomalar es á la nasofaringe lo que la rama ascendente del maxilar inferior á la orofaringe; es la cubierta ósea que debe separarse, si se quiere hacer una faringectomía.

El Dr. *Morestin* (de París) dijo que los cánceres de la faringe bucal son difíciles de tratar, pero su extirpación puede producir resultados excelentes y durables. La vía suprahioidea y la transhioidea pueden emplearse con ventaja en ciertas casos para atacar la lesión. Es preciso, en lo posible, procurar sustituirlas á la vía transversal con resección definitiva de la rama ascendente del maxilar. La extirpación de los ganglios carotídeos y submaxilares es siempre necesaria. Puede hacerse algunos días antes de la ablación del tumor laríngeo ó el mismo día, según la resistencia del sujeto. En la mayor parte de los casos no hay necesidad de recurrir á la traqueotomía.

Tratamiento del cáncer del esófago.—El Dr. *Czerny* (de Eidelberg) dijo que los cánceres del esófago deben ser tratados como todos los demás cánceres, mientras están aún localizados; por desgracia, aun para los cánceres de la *porción cervical* no se han obtenido hasta ahora más que curaciones operatorias temporales, pero no resultados durables. Cuanto á los cánceres de la

porción torácica del esófago, aunque se ha demostrado que la resección de este segmento es posible y que el peligro del neumotórax puede evitarse cuando se opera sin hiperpresión, esta cirugía no ha producido hasta ahora resultado alguno; en este caso es preferible la gastrotomía á la resección.

En resumen, en la mayor parte de los casos el tratamiento de los cánceres del esófago debe ser puramente paliativo; los enfermos son alimentados primero con la sonda; pero es preciso no esperar á que estén muy débiles para practicar la gastrostomía.

En la clínica de Heidelberg se han operado desde 1897 á 1906, 118 casos de cánceres del esófago. En 52 casos el tratamiento consistió en el cateterismo puro y simple; uno de ellos murió á los 13 días á consecuencia de una neumonía. De 56 enfermos á los que se practicó la gastrostomía, 16 murieron á consecuencia de la operación, casi todos de neumonía. En los 40 enfermos que sobrevivieron más ó menos tiempo á la gastrostomía, la fístula funcionó bastante bien, excepto en 2 casos.

El Dr. *Kümmell* (de Hamburgo) se declaró partidario de la operación de Roux (creación de un nuevo esófago por medio de un asa de intestino delgado). Ha practicado esta operación en dos casos de cáncer inoperable del esófago. Un enfermo sobrevivió dos meses y otro tres. La técnica consiste en aislar un asa de intestino delgado, en restablecer la continuidad del intestino por la sutura de un cabo intestinal con otro, en desembocar la extremidad del asa excluída en el estómago, en introducirla debajo de los tegumentos anteriores del cuello y en desembocar su extremidad en la piel del cuello. Los movimientos antiperistálticos del asa persisten algún tiempo y concluyen por desaparecer. Kümmell cree que la operación de Roux está llamada á emplearse, sobre todo después de las resecciones del segmento torácico del esófago, resecciones que se harán posibles por los perfeccionamientos de la técnica operatoria y por el empleo de los métodos de hiper ó de hipopresión pulmonar.

El Dr. *Federoff* cree que en los cánceres de la porción cervical del esófago que no descienden á más de 20 centímetros, es posible resecar 3 ½ centímetros y reconstituir el conducto por sutura circular de un cabo con otro. Ha practicado dos veces esta operación con resultados satisfactorios. La resección del segmento torácico del esófago no es posible, y todas las resecciones practicadas hasta ahora — háyase empleado la vía posterior de Nassiloff ó el procedimiento endotorácico de Sauerbruch-Mikulicz — han producido resultados detestables, muriendo al poco tiempo los enfermos. Respecto á los cánceres de la parte inferior del esófago, es decir, de la región del cardias, cree que si la resección de las partes degeneradas es posible por la vía abdominal, en cambio no pueden extirparse los ganglios infradiafragmáticos, de modo que este género de operaciones no es susceptible de producir la curación terapéutica. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 de Octubre de 1908 (1).

Cuerpo extraño en las vías aéreas.—El Dr. *Edmundo Meyer* presenta una prótesis dentaria que se le fué de las manos á un dentista cuando la estaba probando en un cliente. Al principio se creyó que éste la había tragado, y la dispnea y la bronquitis que sobrevinieron veinticuatro horas después se las atribuyó á asma, de suerte que tardó cinco semanas en establecerse el verdadero diagnóstico. En la imagen rontgenográfica se verá que el diafragma se movía poco en una de sus mitades, pero el cuerpo extraño estaba tan ocultado por una costilla, que era difícil colegir de lo que se trataba. En cambio, con la exploración broncoscópica descubrió el autor, á 32 centímetros por detrás de la arcada dentaria, un cuerpo de brillo áureo, que trató inútilmente de coger la primera vez por haberse roto una cucharilla de las pinzas, la cual fué expulsada por un golpe de tos. En otra sesión ya se logró coger el cuerpo extraño y extraerlo, aunque con grandes dificultades.

Con esto cesaron en el acto todos los síntomas, y se curó el paciente.

Tumor cerebral operado con éxito.—El Dr. *H. Oppenheim* presenta á una señora de treinta y siete años, que cayó enferma en mayo de 1907 con violentos dolores de cabeza, debilidad progresiva de la memoria, trastorno de la palabra, vértigos y cambio de carácter. Sospechando una demencia paralítica incipiente, se llevó la enferma á un sanatorio, donde se le presentaron accesos de cefalalgia, vértigos y vómitos, por todo lo cual se puso en duda el diagnóstico. Cuando el autor vió á la enferma en noviembre de 1907, tenía afasia de carácter amnésicomotor preferentemente; la lectura se realizaba de un modo puramente mecánico, sin comprender lo leído; al escribir se equivocaban las letras. Existían, además, éxtasis papilar, bilateral y parálisis del facial derecho, sobre todo de su rama inferior, pero no había ninguna otra parálisis. La percusión del temporal izquierdo era dolorosa, y el sonido provocado un poco breve. El autor diagnosticó un tumor del lóbulo temporal izquierdo. Los síntomas se agravaron mucho en pocos días, y sobre todo adquirieron carácter alarmante los de compresión cerebral.

El 8 de noviembre practicó Krause la trepanación, y encontró un tumor (fibrosarcoma) del tamaño de una manzana de Borsdorf. Procedía de la dura madre, yacía en la fosa silviana izquierda, comprimía la circunvolución central anterior, é interesaba, sobre todo, á la ínsula de Reil. El tumor pudo ser extirpado sin necesidad de instrumento cortante, por enucleación.

En la tarde del mismo día, parálisis del lado derecho é imposibilidad absoluta de hablar; pero en los días siguientes retrocedieron las parálisis y la paciente ya pudo pronunciar algunas exclamaciones é interjecciones afectivas. En esto, á los once días de la operación, sobrevino inesperadamente una parálisis flácida de todo el lado derecho, que por fortuna retro-

(1) Primera del curso.

gradó espontáneamente. Muy poco á poco fué mejorando también el lenguaje.

Así permaneció la enferma hasta el mes de julio último, en cuya época se volvió á paralizar el lado derecho en medio de síntomas cerebrales y de carácter general. Krause abrió entonces la cicatriz y encontró en su parte anterior un tumor nuevo del mismo tamaño, y que evidentemente se había desarrollado á expensas de restos del antiguo. Esta vez la curación se verificó sin ningún incidente.

En la enferma no se descubre ahora nada de parálisis; han desaparecido el éxtasis papilar y los dolores de cabeza, y la paciente ha recobrado su antigua capacidad intelectual y su alegría de vivir. Sólo en el lenguaje es donde queda aún algo de imperfección, puesto que la enferma no puede decir oraciones completas más que todo lo más cuando está afectada. Un examen más detenido hace ver que la enferma no comprende bien todo lo que se le dice y que su caudal lingüístico es escaso, aunque parece que se va acrecentando. También son todavía algo deficientes la lectura y la escritura.

Lo interesante del caso es la exactitud del diagnóstico, la aparición de las parálisis después de once días, la duplicidad del tumor y el éxito del tratamiento.

El Dr. *F. Krause* dice que al ver los graves síntomas de compresión cerebral que tenía la paciente, se decidió sobre la marcha por la operación, que hizo, como de costumbre, en dos tiempos. Primeramente talló un colgajo muy grande, cutáneo perióstico-óseo, cuya altura era de 80 milímetros, y con esto dió por terminado el primer tiempo. Por de pronto hubo alivio, pero á las pocas horas aumentaron la compresión cerebral y la somnolencia, por lo cual hubo de decidirse el orador por practicar el segundo acto de la operación á las veintiséis horas. Encontró un tumor del tamaño referido con un pedúnculo muy adherido á la dura madre y en la superficie con prominencias romas, que pudieron ser desprendidas sin necesidad de instrumento cortante y sin gran hemorragia. El curso ulterior fué completamente aséptico, por lo cual no le preocupó mucho al orador la parálisis que sobrevino á los once días, confirmando su pronóstico benigno el curso ulterior de los acontecimientos. Atribuye dicha parálisis á una necrosis superficial de la corteza cerebral, como la que se produce por la compresión constante ejercida por el tumor, por el traumatismo ocasionado por su enucleación y por hemorragias capilares ligeras. La época era demasiado tardía para suponer una hemorragia copiosa y contra la hipótesis de una supuración depone el curso aséptico post operatorio. Por esto renunció el orador á levantar de nuevo el colgajo. Por una abertura practicada en su borde anterior, fué saliendo de un modo continuo algo de masa cerebral necrosada, hasta que el orador se decidió el 28 de enero á ensanchar la abertura y á extirpar el foco necrósico. En julio, y ya fuera del establecimiento, sobrevinieron parálisis del lado derecho, dolores de cabeza y síntomas de compresión cerebral. Trajeron la enferma á Berlín y entonces resolvió el orador abrir la cicatriz é invertir hacia afuera el colgajo, encontrando un tumor tan grande como el primero y que evidentemente se había desarrollado á expensas de una de las prominencias ó prolongaciones del

tumor primitivo que había quedado sin extirpar; no se trataba, por lo tanto, de una verdadera recidiva. Esta vez la curación se efectuó sin contratiempo, de suerte que la paciente pudo ser dada de alta á las tres semanas.

Röntgenoterapia de las dermatosis. — El Dr. *A. Blaschko* empieza encomiando los méritos que ha contraído Lassar con la introducción y la propagación de la röntgenoterapia en dermatología, habiendo contribuído á ello en gran parte los perfeccionamientos realizados en el instrumental, y muy particularmente en los instrumentos cortantes. En cambio, subsiste todavía la deficiencia en la dosificación por las grandísimas diferencias individuales que se observan en la susceptibilidad respecto á los rayos Röntgen, diferencias que llegan á tener el carácter de idiosincrasias en algunos casos. Pero conociendo bien las dosis máximas y teniéndolas muy presentes, se pueden evitar en general perjuicios de consideración.

Para la dermatoterapia deben usarse tan sólo tubos blandos, y cuando se hayan vuelto duros se los debe regenerar de cuando en cuando.

Entre las dermatosis en que se pueden emplear los rayos Röntgen, se cuentan aquellas en que hay que depilar (favus, microsporia, etc.), el psoriasis y el eczema, excepto en los individuos anémicos y linfáticos y en las formas muy agudas. En cambio, se prestan muy bien al tratamiento el liquen simple, el eczema profesional, el eczema del ano y de la vulva, y los eczemas seborréico é impetiginoso. Como es natural, no por eso se habrá de prescindir del uso de otros medios. En el liquen ruber y en la pitiriasis rosada, la röntgenoterapia da brillantes resultados. También es útil en el acné y el comedo, en la seborrea de la cara, en los queloides y en el período inicial de la alopecia que reconoce por causa la seborrea de la cabeza. Por el contrario, de nada sirven los rayos Röntgen en las neurosis y angioneuromas de la piel, en el acné rosáceo y en todas las afecciones que van acompañadas de estancación en la piel y de atrofia de ésta.

Hasta ahora nos es muy poco conocida la acción fisiológica de los rayos Röntgen; de todos modos su acción bactericida es muy escasa. Nuestros conocimiento de röntgenoterapia se fundan en datos puramente empíricos. De todas suertes, la dermatología ofrece un ancho campo á la aplicación de los rayos Röntgen, pero hay que reconocer que es muy necesario un estudio más completo de su acción fisiológica, pues de este modo es de esperar que se perfeccione más y más el instrumental, y que se dosifique mejor el empleo de los rayos.— (*Deustche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Estrías atróficas por causas diversas. — El Dr. F. Craven Moore refiere un caso de estrías atróficas de la piel del dorso, observadas al quinto día de la convalecencia, en una joven de diecinueve años, que había padecido pleuroneumonía doble. Eran transversales, estaban situadas en la región dorsolumbar de cada lado y correspondían aproximadamente al trayecto

de las ramas posteriores de los nervios dorsales en relación con las áreas afectadas. La literatura médica sólo cita un caso análogo que recayó en un enfermo de neumonía. El Dr. Moore ha observado después de la fiebre tifoidea, estrías atróficas análogas en la piel de la región rotuliana, en la de la cara externa de los miembros inferiores y en la del abdomen. Ha observado estas mismas estrías después de la apendicitis, de la escarlatina, en relación con el cáncer de la pleura y del peritoneo, y en enfermos jóvenes, sin causa aparente. Cree que las causas productoras de estas estrías no son mecánicas. — (*The Practitioner*).

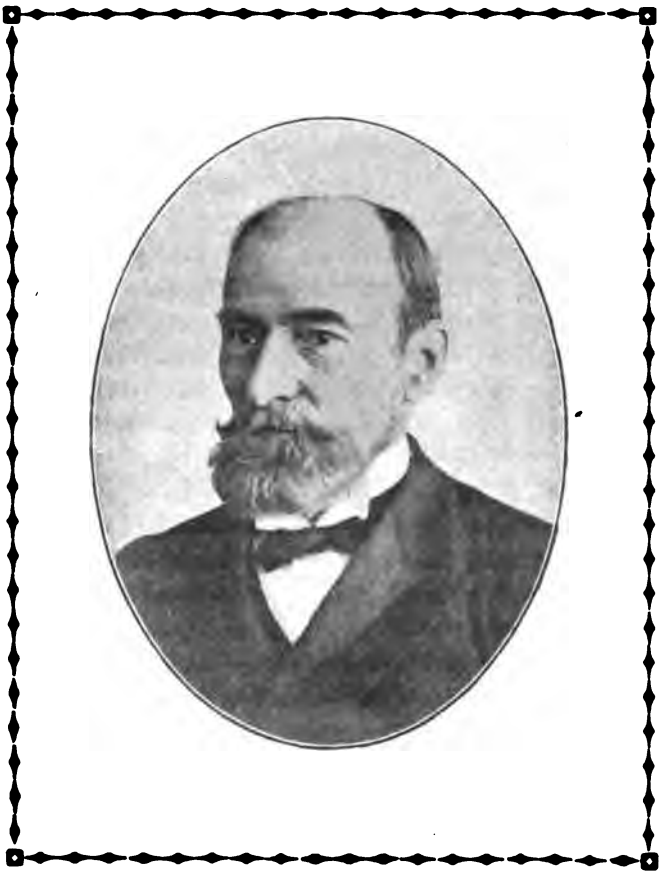
Etiología de la fiebre hemoglobinúrica. — M'Cay ha publicado en la *Indian Medical Gazette* los resultados de sus estudios sobre la etiología de la fiebre hemoglobinúrica, desde el punto de vista de la hemolisis. Ha observado que en estado fisiológico la acción de los sulfatos rompe, al menos temporalmente, el equilibrio osmótico que existe normalmente entre los glóbulos rojos de la sangre y el plasma en que flotan. Cuando se agrega al plasma sanguíneo sulfato de quinina, sulfato de magnesia ó ácido sulfúrico diluído, disminuye de un modo notable la cantidad de sales inorgánicas de este líquido, y por consiguiente la tensión osmótica. Como los glóbulos rojos son impermeables, el número de sus moléculas inorgánicas no varía; pero pasa á ellos, por endosmosis, agua, se hinchan, y si el descenso de la tensión osmótica del plasma es suficiente, hasta se rompen, saliendo al exterior la hemoglobina.

M'Cay emite la hipótesis siguiente, que es al parecer razonable. En la fiebre hemoglobinúrica la hemolisis es debida, primero, á la lesión del estroma de los glóbulos rojos de la sangre, producida por los parásitos del paludismo; segundo, á la presencia de una hemolisina; tercero, á la administración de sulfatos. Los dos factores primeros pueden precipitar el ataque si son bastante enérgicos, pero en otros casos el tercero es el que ayuda á producirle.

Según esta hipótesis, la quinina administrada en forma de sulfato, es capaz de producir un ataque de hemoglobinuria si se emplea en cantidad elevada, y los glóbulos rojos se hallan lesionados ya por la presencia de un parásito intraglobular. M'Cay ha observado que los sulfatos disminuyen la resistencia de los glóbulos rojos sanguíneos á la hemolisis y que los cloruros la aumentan. En todos los experimentos en que emplea el clorhidrato de quinina, sobre todo combinado con el cloruro de sodio y el ácido clorhídrico diluído, las sales inorgánicas del suero, no sólo no disminuyen, sino que á veces hasta aumentan de un modo notable. Como el factor etiológico más importante de la fiebre hemoglobinúrica es el paludismo y hay necesidad para combatir éste de emplear la quinina, conviene administrarla, no en forma de sulfato, sino de clorhidrato. Además de los sulfatos, deben evitarse las grandes cantidades de carbonatos alcalinos con ácidos vegetales y las sales de potasio, que tienden también á disminuir el número de moléculas inorgánicas del plasma de la sangre.

(*New York Med. Journal*). — F. Toledo.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS



DR. D. ALEJANDRO SAN MARTÍN Y SATRÚSTEGUI

† en Madrid el 10 de Noviembre de 1908.

✝

EL EXCMO. É ILMO. SEÑOR

D. ALEJANDRO SAN MARTÍN Y SATRÚSTEGUI

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID, ETC.

FALLECIÓ EN MADRID EL DIA 10 DE NOVIEMBRE DE 1908

R. I. P.

La REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, *que se honró con la colaboración del docto Catedrático, participa con verdadero dolor á sus lectores pérdida tan sensible para la Ciencia, y envía á la distinguida familia del ilustre finado la expresión más sentida de pésame.*

ALEJANDRO SAN MARTÍN

Ha muerto Alejandro San Martín: la Clase médica española ha perdido uno de sus miembros más honrados; el Profesorado español uno de sus profesores más ilustres y más fiel cumplidor de sus deberes; la Ciencia médica española uno de los pocos que piensan por su cuenta, que produce y que contribuye al prestigio de la ciencia patria. Y bajo estos tres aspectos se debe enaltecer la memoria del que fué ilustre Maestro de la Facultad de Medicina de Madrid.

Sufre la Clase médica española una crisis enorme, y no cabe duda que una de las causas más poderosas que á ello contribuyen es, á entender de muchos, el poco respeto, ya que no el olvido en que gran número tienen á lo que se refiere á los deberes que el ejercicio de nuestra profesión impone al que la ejerce, en sus relaciones profesionales con sus compañeros; por eso, cuando resulta una figura impecable en este sentido, hay que enaltecerla, hay que ponerla de

relieve, para que sirva de ejemplo y recuerde á todos el deber que tenemos de imitarle. Y bajo este aspecto, San Martín era irreprochable, y no ya el cariño para con sus compañeros y la consideración para el humilde, sino la plena conciencia que tenía de la dignidad con que se debe ejercer nuestra profesión, no subordinarlo todo al fin, sin reparar en medios, sino que, muy al contrario, pensar poco en el fin, con tal que los medios fueran correctísimos; es decir, al revés de lo que, por desgracia, ocurre tanto entre nosotros, que se hace caso omiso de la pureza de los medios y se quiere llegar al fin sin reparar en el cómo, prescindiendo de lo que al compañerismo se debe y olvidando por completo las reglas más elementales de lo que se llama la moral profesional.

Las condiciones docentes de San Martín, mejor que no yo, pueden atestiguarlas la serie de generaciones que recuerdan con veneración al Maestro; pero no en balde hemos estado juntos durante veinte años en el Colegio de San Carlos, para que pueda yo exponer el concepto que me merecía en este terreno San Martín.

Cumplir con los deberes que impone el cargo de Profesor, es relativamente fácil; enseñar es ya más difícil; todo el mundo puede cumplir con los deberes que se refieren al exacto cumplimiento en la asistencia á la clase, en dedicar á la enseñanza el tiempo que sea necesario; pero todo esto no basta para enseñar, porque para inculcar en el ánimo de los alumnos las ideas que se profesan, transmitírselas, se necesitan condiciones que no se suplen con el tiempo, y puede resultar un Catedrático fiel cumplidor de sus deberes y, sin embargo, no resultar discípulos, no formar escuela. Pero en San Martín se unían las dos cosas: amor á la enseñanza; asiduidad á la clase; pensar en la enseñanza, su último acto, al donar su cadáver para demostrar lo necesario de la autopsia, lo demuestra, y además, sabía enseñar, y yo puedo aseverar que los alumnos más convencidos de la bondad de las doctrinas sustentadas por sus maestros eran los de San Martín, que se identificaban con él en ideas, en forma de expresión en todas las manifestaciones científicas. ¡Cuántas veces hemos hablado San Martín y yo de estos asuntos! Y yo debo hacer una confesión: muchas veces, después de hablar de Clínica, de medios de enseñanza, yo terminaba con estas palabras que honradamente debo repetir: «yo tal vez sea más cirujano de hospital, en cambio usted es más Profesor». Y es que, además de tener una cultura vastísima, era un hábil polemista, insinuante, convincente, con lo cual no es de extrañar la influencia que ejercía en quienes le

oían y que avasallara la inteligencia de sus alumnos imponiéndoles sus doctrinas, sin darles tiempo para que las discutieran, sino obligándoles, por la fuerza de su dialéctica, á similárselas.

Era, en efecto, vastísima la cultura de San Martín, principalmente en lo que á la medicina extranjera se refiere, sin que me atreva á aseverar que desconociera ó desdeñara lo poco que en España habían hecho los cirujanos que nos precedieron; y es preciso insistir en su gran cultura, porque, á mi entender, la enorme suma de conocimientos que poseía explican dos de sus condiciones, que eran su característica en el terreno científico y en el del arte quirúrgico, condiciones que siempre se le han discutido y que, desde el momento que se le discuten, queda demostrado su valer, porque lo que nada vale no se discute. Refiérome á sus dudas, que más bien se deben llamar dudas que vacilaciones, y su deseo nobilísimo, y empezaré por calificarlo así, de ser original.

El espíritu que sabe únicamente lo preciso para seguir un camino determinado, que no piensa ni reflexiona acerca de los distintos caminos que puede seguir para llegar á un fin, principalmente porque no los conoce, éste no puede dudar nunca, porque no tiene entre qué escoger, y llenará su cometido mejor ó peor, según Dios le dé á entender, sin que busque ni dé la razón de por qué sigue dicho camino, por la razón sencilla de que sólo sabe donde va, pero no por qué va por dicho camino y no por otro. Pero el que por exceso de conocimientos conoce cuantos medios pueden conducir á un fin, no es extraño que dude en la elección del medio, es su deseo de llegar á un fin determinado por el mejor camino; y ésta es, á mi entender, la única explicación posible de las dudas y vacilaciones que algunas veces se dibujaban en la manera de ser de San Martín: si hubiera sabido menos no hubiera vacilado.

Y esta misma explicación se debe dar á su deseo de ser original, porque buscar una nueva explicación, crear un procedimiento, perfeccionar un método, supone forzosamente conocer las deficiencias de una teoría, la falta de un procedimiento adecuado, lo imperfecto de un método; tal vez sean muchos los que vean estos hechos, pero remediarlos sólo pueden hacerlo los que piensan, saben pensar y están dotados de gran cultura, de talento natural y de ingenio; no puede ser esto patrimonio de los adocenados y de los medianos; y que así es, lo demuestra la indicación de algunas de las ideas, procedimientos y métodos ideados por San Martín. Todos sabemos que la gangrena senil es debida á la disminución de la circulación arte-

rial; razonamiento de San Martín: si es así, desvíese la circulación y hágase llegar la sangre arterial á la periferia por medio de las venas que están sanas. Enunciado hoy este hecho, nos parece lo más sencillo; pero idearlo, llevarlo á la práctica, supone un talento excepcional y un ingenio de primera fuerza. Que sea más ó menos lógico el razonamiento; que los resultados correspondan ó no á las esperanzas concebidas, ni este es el momento de discutirlo ni importa para la tesis que sustento; lo que sí es cierto, lo que se debe afirmar, es que sea cualquiera el porvenir que espere á la Cirugía vascular, siempre habrá que citar, cuando de ella se hable, con respeto el nombre de San Martín como uno de los que más han pensado en esta parte de la Cirugía. Y cultura, talento é ingenio se encuentra en sus tentativas de hacer un ano artificial continente, en los muñones calzados, en la aurificación de los agujeros de salida del maxilar superior é inferior, etc. ¿Que no resultan todas sus ideas? Y esto, ¿qué importa? Siempre resultará el pensador, el hombre que ama y pone todos sus medios para hacer progresar la Cirugía.

Descanse en paz el médico honrado, el maestro celoso y el hombre de ciencia cultísimo y que ha consagrado gran parte de sus actividades al enaltecimiento de la Cirugía española.

José Ribera y Sans.

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID—CLÍNICA DEL DR. ALONSO SAÑUDO

ACCIÓN DE LA TRINITRINA SOBRE LA TENSIÓN ARTERIAL

Y EL NÚMERO DE PULSACIONES

POR EL DOCTOR

P. CARRIÓN Y GARAGARZA

Profesor auxiliar de Patología y Clínica médicas.

Y POR

B. LÓPEZ DURÁN

Alumno interno de dicha Clínica médica.

En muchas de las obras de terapéutica, al hablar de la nitroglicerina semejan su acción á la del nitrito de amilo, aunque haciendo constar que la acción hipotensora tarda algún tiempo más en presentarse, con la ventaja de ser más prolongada. Añaden estos autores que su acción sobre la tensión es también menos enérgica que la de aquel cuerpo.

La influencia de la trinitrina sobre la tensión arterial y el número de pulsaciones en el hombre sano y en el enfermo, se había basado en el estudio hecho en trazados esfigmográficos (Breadbury, Leech); pero quedaban por observar las modificaciones esfigmomanométricas, lo que pudimos realizar el año pasado con ocasión de dar trinitrina á varios enfermos de la clínica.

Nuestras primeras observaciones fueron hechas administrando á los enfermos IV gotas de la solución al centésimo, en dos tomas, y anotando la tensión arterial hora y media ó dos horas después de la ingestión del medicamento, siempre en las mismas condiciones. En estos casos, las modificaciones de la tensión arterial no eran nada significativas, por lo que nos decidimos á administrar la trinitrina á la dosis de V gotas, en una sola toma, y á observar continuamente la tensión arterial y el número de pulsaciones hasta una hora después de la administración. La tensión arterial ha sido observada con el aparato de Vaquez, que tiene la ventaja de suprimir toda acción personal. Los enfermos en que se han realizado estas observaciones eran de distinto tipo de tensión arterial, teniendo buen cuidado de observar aquélla durante algunos días antes de la administración de la trinitrina, desechando los casos en que la tensión arterial variaba mucho de un día á otro. Añadiremos que la tensión se tomaba en todos los enfermos á la misma hora (once de la mañana) y es-

tando acostados, sin que antes hubiesen realizado ningún ejercicio. Inútil es decir que no estaban sometidos á ninguna otra medicación.

Clasificaremos las modificaciones observadas en los siguientes grupos:

Primer grupo. — Casos en que la tensión arterial y el número de pulsaciones han sufrido variaciones muy pequeñas. En este grupo están incluídos seis casos:

Dos enfermos de aortitis crónica, con insuficiencia aórtica, de tensión elevada.

Uno de nefritis crónica, con hipertensión.

Uno de arterioesclerosis generalizada, de tensión arterial media.

Uno de broncopneumonía crónica y

Otro de tuberculosis pulmonar incipiente; estos dos últimos de tensión media.

En éstos casos, salvo en uno de aortitis crónica en que el número de pulsaciones bajó de 100 á 90, ni la tensión ni el pulso han sufrido modificaciones de interés.

Segundo grupo. — Enfermos en que la tensión arterial, lejos de descender, ha sufrido una elevación ostensible y el número de pulsaciones ha disminuído.

En este grupo incluímos seis observaciones:

1.ª Enfermo de nefritis crónica, de veintisiete años. La tensión arterial subió 1 centímetro, seis minutos después de la ingestión del medicamento. El número de pulsaciones bajó de 92 á 88. Este enfermo tenía hipertensión.

2.ª Enfermo de insuficiencia aórtica, de veintiocho años. La tensión subió 1 $^1/_2$ centímetros á los quince minutos. El número de pulsaciones descendió de 95 á 78. Este enfermo tenía ligera hipertensión.

3.ª Enferma de insuficiencia y estrechez aórticas y estrechez mitral, de veinticuatro años, de tensión arterial media. La cifra de tensión de esta enferma fué subiendo hasta llegar, á los quince minutos, á 1 centímetro más que su nivel primitivo. El número de pulsaciones bajó de 92 á 84.

4.ª Un muchacho de catorce años, de tensión media, que había padecido corea de Sydenham. La tensión subió, á los ocho minutos, 1 centímetro y el pulso no sufrió modificaciones ostensibles.

5.ª Enfermo de nefritis crónica parenquimatosa, con gran hipertensión, de veintiséis anos. La tensión subió 1 centímetro á los ocho minutos y el número de pulsaciones varió de 88 á 80.

6.ª Enfermo de aortitis crónica, con dilatación de aorta y doble soplo aórtico, de treinta y un años, y de tensión arterial media. A los cuatro minutos de la ingestión, subió la tensión 1 centímetro, y el número de pulsaciones descendió de 80 á 75.

Tercer grupo.—Enfermos en que la tensión arterial ha sufrido un descenso ostensible.

Cinco observaciones:

1.ª Enfermo de reblandecimiento cerebral, de sesenta y un años y con gran hipertensión. Diez minutos después de la ingestión de trinitrina, la tensión bajó 2 centímetros, y el número de pulsaciones subió de 92 á 96.

2.ª Enfermo de arterioesclerosis, soplo mitro-aórtico, de cuarenta y siete años; hipertensión. A los ocho minutos, la tensión bajó 2 ½ centímetros, y las pulsaciones subieron de 65 á 75.

3.ª Enfermo de insuficiencia aórtica y nefritis, de cincuenta y cinco años, con hipertensión. A los ocho minutos, la tensión descendió 1 ½ centímetro. Las pulsaciones bajaron de 85 á 76. En este enfermo se presentaron cefalalgia intensa y vómitos, que duraron dos horas.

4.ª Enferma de miocarditis crónica, soplo sistólico en el foco mitral, de sesenta y cinco años, con hipertensión. En la prueba, la tensión descendió 1 centímetro á los cuatro minutos, y el número de pulsaciones pasó de 68 á 62.

5.ª Enfermo de hemorragia cerebral, de cincuenta y tres años, con hipertensión. A los cuatro minutos, la tensión bajó 1 ½ centímetros, y el número de pulsaciones se elevó de 68 á 80.

Cuarto grupo. — Enfermos en que la tensión arterial, después de un ligero descenso, sube á un nivel superior al primitivo.

Cuatro observaciones:

1.ª Enfermo de aneurisma de aorta ascendente. Tensión 14 ½; pulso 72. En los primeros minutos, la tensión bajó á 14, para subir al cuarto de hora á 15, y á 16 á la media hora. El pulso descendió en este momento á 68.

2.ª Enfermo de mielitis combinada, de cincuenta y un años. Tensión 8; pulso 72. A los dos minutos, la tensión baja á 7 y el pulso llega á 82, pero á los quince minutos, la tensión es 9 y el pulso ya ha descendido á 72.

3.ª Enfermo de nefritis crónica parenquimatosa, de veintiocho años. Tensión 15 ½; pulso 92. A los cuatro minutos, la tensión baja á 14 ½ y el pulso asciende á 96; á los seis minutos, la tensión es 16

y el pulso 96. Por último, á partir de los ocho minutos vuelven las cifras iniciales.

4.ª Enferma de aortitis crónica; doble soplo en el foco aórtico, el sistólico, musical, muy agudo. De cuarenta años. Tensión 15; pulso 88. Desciende la tensión hasta llegar á 13 á los ocho minutos, pero á partir de aquí se eleva, siendo de 15 $^1/_2$ al cuarto de hora, y de 17 á la media hora. El pulso apenas sufre modificaciones.

Esto que se ha observado en los cuatro casos precedentes, recuerda en un todo lo que sucede, algunas veces, consecutivamente á la administración del nitrito de amilo, y que se ha llamado fase reaccional del medicamento. Algunos autores hacen notar, que á la hipotensión brusca que produce el nitrito de amilo, puede seguir pocos minutos después, una elevación de la tensión arterial á una cifra mayor que la que el enfermo tenía antes de la administración del medicamento, acompañada de disminución del número de pulsaciones. En varios enfermos hemos podido observar esta fase del medicamento, uno de los cuales citaremos por su claridad:

Se trataba de un enfermo de aortitis crónica, con insuficiencia aórtica, cuya tensión oscilaba alrededor de 20 centímetros. Al notar un día que la tensión había subido hasta 25, y que el enfermo se encontraba con opresión precordial y muy excitado, le administramos X gotas de nitrito de amilo. El efecto fué rápido; á los pocos segundos de la inhalación, la tensión arterial descendió á 18 y el enfermo se encontraba notablemente aliviado, pero la tensión volvió á subir prontamente, para llegar, á los tres minutos, á 29 centímetros. Al mismo tiempo pudimos observar una disnea agudísima, seguida de los fenómenos de edema agudo del pulmón. Un caso muy parecido á éste cita Vaquez: se trataba de un enfermo que padecía un acceso de angina de pecho, y que presentaba 20 de tensión arterial; la aplicación del nitrito de amilo hizo desaparecer el acceso, pero á los pocos minutos, la tensión se elevó á 23, presentándose el edema agudo del pulmón.

Con objeto de comprobar si mayores dosis de trinitrina, modificaban las oscilaciones de tensión y número de pulsaciones que hemos observado, administramos á algunos de los enfermos citados dosis de X gotas, dadas en una vez. He aquí el resultado: en el enfermo sexto del segundo grupo, que con V gotas la tensión se elevó 1 centímetro, con X gotas subió 1 $^1/_2$ centímetros, conservándose más tiempo elevada. El enfermo quinto del segundo grupo, también sufrió análogas modificaciones en su tensión arterial por la inges-

tión de X gotas. Tanto en uno como en otro, el pulso se modificó según la ley de Marey. Vemos, pues, que los efectos de la trinitrina á mayores dosis, son en un todo semejantes á los obtenidos por las dosis corrientes, salvo su energía y duración, que parecen aumentar con la cantidad ingerida.

También se había dicho que el no observarse en la Clínica la acción hipotensora de la trinitrina, era debido á la administración por ingestión y no por vía intravenosa, como se hace en medicina experimental. Esto nos indujo á inyectar I gota de la solución al centésimo de trinitrina, por vía venosa, observando en dos casos en que hemos realizado esta experiencia, efectos análogos á los conseguidos con X gotas, por ingestión, añadiéndose cefalalgia y enrojecimiento de la cara, fenómeno este último que no se observa casi nunca por ingestión del medicamento.

Resumen.—Seis casos en que la tensión y el número de pulsaciones han sufrido modificaciones insignificantes, y por tanto, despreciables en Clínica.

Seis casos en que la tensión sufrió una elevación de 1 centímetro ó más.

Cinco casos en que la tensión sufrió un descenso de 1 centímetro ó más.

Cuatro casos en que después de un descenso variable, la tensión se ha elevado sobre el nivel primitivo.

Por tanto, de 21 observaciones, sólo en cinco se ha marcado la clásica acción hipotensora de la trinitrina.

En énero del presente año, Vaquez, en un trabajo sobre la acción famacodinámica de los nitritos (1), dice con respecto á la trinitrina, que sin llegar á afirmar, como Loomis, la ausencia de efectos visibles á las dosis corrientes, no ha obtenido modificaciones apreciables de la tensión arterial y número de pulsaciones. Solamente cita un caso en que éstas se modificaron de 90 á 108 y la tensión bajó 2 centímetros. Las variaciones que Vaquez observa mediante la administración de trinitrina, se reducen á las modificaciones que sufren los trazados esfigmográficos, y que nosotros también hemos podido comprobar. Como se ve por nuestras observaciones, en la mayoría de los casos la tensión arterial ha sufrido modificaciones bien ostensibles.

Ya hemos dicho que sólo en cinco observaciones entre 21, se ha comprobado la acción hipotensora de la trinitrina, en tanto que en

(1) Action pharmacodynamique et therapeutique des nitrites, H. Vaquez. *Archives des Maladies du Cœur, des vaisseaux et du sang*, enero 1908.

clínica, pueden modificarse por aquel medicamento, los trastornos que acompañan á la hipertensión (angina de pecho, edema pulmonar, etc.). ¿Cómo explicarse esta aparente discordancia? En nuestra opinión, la razón debe de buscarse en que la acción de este medicamento rompe el antagonismo fisiológico que existe entre los vasomotores de la piel y los de las vísceras, antagonismo que hace que la tensión arterial se mantenga sensiblemente constante (Dastre y Morat, Heidenhain, etc.) Una vez alterada esta compensación entre unos y otros territorios vasculares por la acción de la trinitrina, podría ocurrir que la vasodilatación visceral no fuese acompañada de la acción compensatriz en los territorios vasculares periféricos, ó hallarse ésta, por el contrario, exagerada, observándose según los casos, por el esfigmomanómetro, hipotensión ó hipertensión, sin que estos estados guardasen relación estrecha con la vasodilatación profunda. Muy parecida es la opinión sostenida por Vaquez.

De todo lo que llevamos dicho se deduce que el empleo continuado de la trinitrina á las dosis corrientes, está desprovisto de toda acción hipotensora continuada, pues el efecto de este medicamento es de corta duración, y su uso prolongado hace que sus efectos sean cada vez menores.

Conformes, pues, con Vaquez, la trinitrina debe constituir una medicación de momento, sintomática, combatiendo los accesos de hipertensión. En estos casos, comparte su utilidad con el nitrito de amilo, administrado á la dosis de VI ó VII gotas, para evitar su fase reaccional, medicamento que por la rapidez de su acción, siempre estará indicado en estas crisis agudísimas de hipertensión.

SÍFILIS BULBAR

CASO CLÍNICO

POR EL

DOCTOR D. FERNANDO RODRÍGUEZ FORNOS

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Salamanca.

He creído interesante, por más de un concepto, dar á conocer este enfermo á los lectores de la REVISTA, por tratarse de una de esas localizaciones nada frecuentes de la sífilis cerebral, tan multiformes en sus manifestaciones clínicas, y cuya naturaleza específica pasa algunas veces desapercibida en perjuicio grave para el enfermo que no puede disfrutar á su debido tiempo de las inmensas ventajas de la medicación mercurial.

El diagnóstico etiológico de estas manifestaciones se impone cada vez más en clínica, desde el momento en que si desconocemos su origen verdadero, atribuímos los síntomas y lesiones á causas inciertas ó desconocidas, y creyendo entonces irreparable la lesión, contemplamos estoicamente la marcha progresiva é invasora del mal y nos contentamos con prescribir corrientes eléctricas y yoduros, en tanto llega la esperada y fatal terminación de la dolencia.

Nuestra experiencia nos enseña que las lesiones sifilíticas de los centros nerviosos ceden muchas veces cuando se tratan en tiempo oportuno, mas para esto último es necesario diagnosticarlas primero, por lo que no deja de ser útil la publicación de estas formas anómalas.

Expondré el caso con el mayor número posible de datos.

J. S., de Santibáñez (Salamanca), soltero, de veintitrés años, arriero, sin antecedentes hereditarios ni alcohólicos y que dice no ha padecido sífilis. Ingresó en este Hospital clínico el 1.° de julio de 1908.

De inteligencia bastante mediocre y con grandes dificultades fonéticas, apenas nos suministra datos positivos acerca del comienzo de su padecimiento, hasta que después de haberle reconocido, nosotros podemos encauzar el interrogatorio, y contestando á nuestras preguntas nos dice:

Que ha disfrutado siempre de buena salud hasta hace dos meses, en que sin causa apreciable se le presentaron bruscamente vérti-

gos, que se repetían cada cinco ó seis horas, vómitos, hipo y disnea, coincidiendo con esto la aparición de una erupción de manchas rojizas en el pecho y vientre, que desaparecieron después; no hubo pérdida del conocimiento ni fenómenos convulsivos. Después de esto, á los dos días, desaparecen los vértigos y el enfermo queda con los trastornos que revela el examen del

Estado actual.—La facies es de las más típicas. La mitad inferior de la cara está rígida y sin expresión, como la del parkinsoniano y la mímica sólo se conserva en la mitad superior, frente y ojos; la boca está entreabierta y alargada en su diámetro transversal y los surcos nasolabiales están hundidos, lo que da á la fisonomía un aspecto estúpido y llorón; la saliva se derrama con frecuencia y los labios y mentón están atacados de eritema; si se pretende provocar la risa, ésta no termina y la boca se hiende hasta las orejas, como suele decirse «á manera de las caretas de la comedia antigua» (Trousseau).

Tiene necesidad de esforzarse para hablar y se cansa cuando sostiene una conversación larga, resultando entonces las palabras confusas, porque algunas letras son mal pronunciadas.

Haciéndole repetir las letras del alfabeto, se observan trastornos de la vocalización, que son muy característicos; articula mal las dentales *d*, *t*, *l*, *n* (parálisis del lingual superior), la *b* y la *p* se pronuncian como *m* (parálisis del velo del paladar); estas dificultades son todavía mayores para la pronunciación de las bucales *p*, *v*, *f*, *u* (parálisis del orbicular de los labios). No puede soplar ni silbar.

La voz está muy debilitada, es gangosa y de timbre nasal.

La fuerza de elevación del maxilar inferior y los movimientos de diducción de las mandíbulas están disminuídos, por lo que la masticación es imperfecta.

La lengua está desviada hacia la izquierda, flácida y blanda, con atrofia notable en su mitad derecha; los músculos masticadores y el orbicular de los labios también están ligeramente atrofiados.

La deglución es difícil para los sólidos, y los líquidos son expulsados por la nariz. Hipo pertinaz. Los reflejos faríngeo y palatino están abolidos.

Palpitaciones y frecuencia del pulso: de 110 á 120 pulsaciones.

El examen de los nervios olfatorio, óptico, acústico y motores oculares, no revela alteración alguna.

La marcha presenta los caracteres de la cerebelosa pura, es incoordinada, titubeante, no espasmódica, y la incoordinación aumenta

hasta hacer imposible la deambulación cuando el enfermo cierra los ojos.

La inteligencia, reflejos tendinosos y funciones de vejiga y recto, normales.

Diagnóstico. — Al observar este cuadro sindrómico con los trastornos de la fonación, masticación, deglución, etc., que dejamos apuntados, se impone desde luego el diagnóstico de una afección bulbar, mas la clínica moderna no se conforma con esto. La patología del bulbo va ensanchando cada vez más su campo de acción á medida que se enriquece con nuevas observaciones clínicas que sirven de base para desmembrar tipos nosológicos que antes se encontraban confundidos y que merecen estudiarse por separado, por tener distintas lesiones, no seguir la misma evolución, ni ser igual su pronóstico.

Y el primer problema que se plantea en todo individuo que presenta parálisis labioglosolaríngea es el del diagnóstico con lo que se conoce con el nombre de parálisis pseudobulbares, enfermedades que no dejan de ser frecuentes en edades avanzadas de la vida y de las que nosotros hemos de publicar algunas observaciones.

Nos enseña la anatomía y fisiología de los centros nerviosos, que los pares trigémino, facial, glosofaríngeo, pneumogástrico é hipogloso, encargados de la fonación, masticación, deglución, respiración y circulación, tienen su centro motor en la corteza cerebral de ambos hemisferios, de donde parten las vías de conducción que van á parar á los núcleos bulbares para empezar allí su trayecto periférico, así es, que una lesión bilateral que destruya los centros motores corticales de ambos hemisferios, determina fenómenos idénticos ó muy parecidos á los de las lesiones bulbares.

Conocemos también que los núcleos grises de la base del cerebro son centros reflejos superiores destinados á coordinar los movimientos de los labios, lengua, laringe, etc., constituyendo, por lo tanto un punto intermedio entre la corteza y el bulbo, y claro es que las lesiones de estos núcleos producen también la parálisis pseudobulbar. Es, pues, necesario establecer el diagnóstico diferencial entre la parálisis bulbar verdadera y las falsas.

No se trata en este caso de un pseudobulbar, porque en éstos se desarrollan las parálisis en el curso de ataques apoplécticos repetidos, se acompañan generalmente de hemiplegia, temblor, trastornos intelectuales, risa y llanto espasmódicos, se presentan en sujetos de edad avanzada, y dato importante, los reflejos se conservan y

falta la atrofia muscular; presentan, por último, estos enfermos un gran parecido con los parkinsonianos.

Tampoco parece probable que pueda tratarse en este caso de parálisis bulbar por compresión (meningitis gomosa, tumores de la base, aneurismas), porque faltan los síntomas de meningitis, tumor y aneurisma, no hay parálisis oculares ni trastornos auditivos, y además las lesiones no serían tan simétricas.

No es la afección del enfermo de San Vicente la parálisis bulbar progresiva, afección sistematizada de los núcleos motores bulbares, porque aquí fué brusco el comienzo.

No hay necesidad de exponer los fundamentos del diagnóstico con la parálisis bulbar asténica, neuritis bulbar aguda y parálisis bulbares sintomáticas, porque la manera de comenzar la enfermedad, los síntomas observados y la evolución del proceso, nos parecen más que suficientes para diagnosticar una parálisis bulbar producida por hemorragia ó reblandecimiento, inclinándonos al segundo, por ser las primeras muy raras, ir acompañadas de pérdida del conocimiento y terminar casi siempre por la muerte antes de desarrollarse los síntomas de parálisis.

Nos llevaría demasiado lejos el querer precisar en relación con los síntomas, la localización de la lesión en la arteria basilar, la vertebral ó la cerebelosa inferior posterior, aparte de que el curso de estos vasos y la irrigación de los diferentes territorios, ofrece diferencias individuales que impiden el poder establecer con seguridad este diagnóstico topográfico.

Establecido ya el de reblandecimiento, era preciso para poder emplear una terapéutica racional, buscar la causa de las lesiones vasculares, y tratándose de un joven de veintitrés años, desechamos en un principio la idea de arterioesclerosis, y no habiendo infección ni intoxicación en sus antecedentes que pudiera explicar la arteritis bulbar, pensamos en la sífilis.

Contestó negativamente á las preguntas que le dirigimos en este sentido, mas no podíamos abandonar tal sospecha, pues podía tratarse de esas sífilis ignoradas por el enfermo, ó mejor de ocultación ó mala fe, por su parte, ya que vivimos en un país donde este «gran pecado» no puede confesarse por vergüenza ó temor, como si los médicos no guardásemos el secreto profesional y fuéramos pregonando por todas partes los vicios y virtudes de nuestros clientes.

Tratamiento. — Ante un caso desesperado y en el que temíamos una muerte pronta, empleamos como medio diagnostico-terapéutico

la medicación antiluética enérgica, inyecciones intramusculares de calomel y yoduro potásico á altas dosis.

Al ponerle la primera inyección (3 de julio), el enfermo confesó al interno de guardia que hacía cuatro meses había tenido una úlcera, no dolorosa, del prepucio, con infartos inguinales, que no llegaron á supurar. Con estos datos se confirmó el diagnóstico, y al día siguiente de la primera inyección murió el enfermo á consecuencia de su parálisis.

Presenta este caso una primera particularidad, digna de tenerse en cuenta para el diagnóstico, y es que, al contrario de las manifestaciones corrientes de la sífilis cerebral, faltan en él, esa difusión de lesiones, esa variabilidad de síntomas, esas remisiones é intermitencias y ese período prodrómico ó de amenazas que constituyen el rasgo más saliente de la sífilis nerviosa; aquí fué brusco el comienzo, localizadas las lesiones y progresiva su evolución.

Es también curioso observar cómo en este enfermo aparece la arteritis bulbar al mismo tiempo que la roseola sifilítica, y á los dos meses tan sólo de la aparición del chancro; se trata de esas sífilis que nacen malas y en las que el terciarismo se adelanta á la época ordinaria de su aparición. La relativa frecuencia de estas lesiones precoces y el hecho positivo de que un tratamiento intensivo desde el comienzo retarda y reduce á su mínima expresión los accidéntes secundarios, justifican, á nuestro modo de ver, la conducta terapéutica del profesor Fournier, de empezar el tratamiento mercurial desde el momento en que puede afirmarse con seguridad la naturaleza sifilítica del chancro, sin esperar, como hacen otros, á que aparezcan los síntomas del período secundario. Quizá en este caso un tratamiento mercurial en el comienzo hubiese podido evitar ó atenuar, al menos, la parálisis bulbar.

Una vez ésta declarada, creemos también posible la curación, si á este sujeto se le hubiera administrado inmediatamente el mercurio, pues en la sífilis, dice Ricord, «todo es posible, pues aun se cura lo imposible».

Si nosotros hemos de creer á Fournier cuando dice que «para un enfermo cerebral es una suerte que su mal reconozca por causa la sífilis», es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo; si se diagnostica tarde, las lesiones se han hecho esclerósicas, han perdido su carácter específico y se han convertido en cicatrices nerviosas, contra las que nada puede ya la terapéutica mejor dirigida.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. Los niños canarios. Ensayo de higiene regional infantil, por el doctor D. Diego Guigou. Santa Cruz de Tenerife, 1907.

II. Las ratas son un peligro para la salud pública, por el Dr. R. Martín Gil. Málaga, 1908.

III. Fiebre del Mediterráneo ó de Malta en España, por el Dr. D. Jerónimo Durán de Cottes. Madrid, 1908.

I

Despierta esta publicación una viva simpatía al saber que su autor, al darla á luz, busca el humanitario objeto de contribuir con su producto al sostenimiento del Hospital de Niños de Santa Cruz de Tenerife. Pero además de ser acogida con agrado por esta circunstancia, reune otra que da valor á la obra, cual es su fondo científico y la brillante exposición del asunto que en ella trata.

Dedicada á ilustrar á las madras de familia, es sin duda alguna de gran enseñanza para médicos que también necesiten no olvidar los interesantes detalles que forman el conjunto de enseñanza de esta sección de la puericultura dedicada á la dirección física del niño desde el claustro materno y hasta de la segunda infancia, en la cual la dirección intelectual se inicia y la moral se fortalece.

Por eso el Dr. Guigou, en los diversos capítulos en que divide su obra, aborda cuanto á cuidados de la madre se refiere durante el embarazo y la lactancia, y además estudia ésta en sus diversos aspectos, con tanto acierto en el fondo como claridad en la forma.

Conforme con cuanto allí se expone, nada tenemos que decir más que debe ser leído este libro por ser instructivo y modelo en este género de publicaciones.

II

Este curioso asunto ha motivado la publicación de un folleto por el distinguido Dr. R. Martín Gil, tan ventajosamente conocido entre la clase médica por su historia profesional hecha en Málaga, en donde es tan estimado por tantos conceptos.

Presidente de la Sociedad Española de Higiene de Málaga, llamó

la atención á dicha Corporación por medio de este trabajo, muy bien documentado por cierto, de los peligros que para la salud pública encierran estos inmundos animales, y pide que, así como en Dinamarca ya existe ley para el exterminio de las ratas, y de este asunto también se han ocupado Alemania, Japón, Francia é Inglaterra, se adopte en España una medida exterminadora de este roedor, que en su vida y costumbres lleva elementos positivos de contagio de peligrosas enfermedades epidémicas, según está perfectamente demostrado.

Es un trabajo interesante que no ha de pasar desapercibido, y producirá un efecto beneficioso, tanto como es de esperar de la intención que guía al autor y de la importancia higiénica y sanitaria que el asunto entraña, á la cual no deben desatender los altos poderes y las Corporaciones.

III

Desde que en 1887 Brucce dió á conocer el *micrococcus melitensis* como causa de esta enfermedad, se ha orientado la patología en punto al conocimiento de este proceso morboso, antes ignorado y confundido, por lo tanto, con manifestaciones patológicas no definidas, en las cuales no cabían otras indicaciones terapéuticas que las que exigía una ciega sintomatología sin definición clínica. Para dar á conocer lo que es la fiebre de Malta es para lo que publica el Dr. Durán este interesante trabajo, expresión de ciencia clínica y de laboratorio, pues en ambos medios de experimentación se significa el autor.

Las condiciones del *micrococcus melitensis*, su investigación; sitio donde radica; animales susceptibles de adquirirla y la deducción lógica de su etiología para la adquisición por el hombre, es tratado con gran acierto y claridad.

La sintomatología en su variedad es descripta perfectamente, así como el diagnóstico bacteriológico y el suerodiagnóstico, para deducir una racional profilaxia de esta infección, que ya existe en España fuera de la costa del Mediterráneo (Madrid, Ciudad Real, Zamora, Toledo, Zaragoza, León, etc.).

La cabra es la que más se infecta, según se demuestra por los estudios hechos por el Dr. Durán en la sangre procedente de estos animales que radican en aquellas regiones, y de aquí la transmisión á personas que hacían uso de la leche de estos animales, por más que estudios posteriores señalen un gran valor á la piel y mu-

cosas como puerta de entrada del agente causal de esta fiebre.

La terapéutica sintomática no da resultado para evitar una larga duración, y por lo tanto, para obtener una curación definitiva hay que fiarlo todo á la bacterioterapia y sueroterapia específicas, cuyos estudios se realizan en el Laboratorio de Sanidad Militar, especialmente por el Dr. Durán, á quien felicitamos por su precioso trabajo y le deseamos toda la suerte que se merece por su laudable esfuerzo en favor de la ciencia.

La Real Academia de Madrid, con muy buen acuerdo, ha recompensado este trabajo con el título de Socio corresponsal á favor del doctor Durán.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del día 9 de Noviembre de 1908.

Bases de la alimentación de los enfermos del aparato digestivo.—El Presidente, Dr. D. José González Campo: La alimentación natural del hombre, aquella más adecuada á su organización, nos es desconocida; no sabemos cuáles debieran ser las substancias indispensables á su cabal y armónico funcionamiento, sino las que múltiples circunstancias le han hecho adoptar; acaso la albúmina, la fécula, la grasa no debieran suministrárselas todos los cuerpos que se las suministran, siéndole, en cambio, conveniente aprovecharse de las que existan en otros productos que no ha aprendido á utilizar. El hombre primitivo hubo de apoderarse, para su sustento, de lo que el instinto y la imitación de los animales le sugirió, pero empleando las materias alimenticias tales como la naturaleza se las ofrecía, sin hacerlas sufrir modificaciones ni cambios; tiempo adelante, cuando aprendió á hacer fuego, fué sometiéndolas á cierta preparación que aumentó el día que supo construir vasijas, diferenciándose ya con tales prácticas de los animales, que no modifican lo que van á ingerir ó lo modifican muy poco.

Las substancias que el hombre ingiere para su nutrimento, aparte del agua, del oxígeno y de la sal común que son indispensables, aunque con un criterio muy superficial, no se piense en ellos cuando se habla de materiales alimenticios, las toma, como es sabido, de los reinos vegetal y animal, siendo las principales los cereales, las legumbres, los frutos, las carnes de animales terrestres y acuáticos, la leche y sus derivados y los huevos. El reino vegetal es el que mayor número de alimentos nos proporciona, y su

importancia excede á la del animal, puesto que es muy difícil, si no imposible, la nutrición con elementos procedentes del último, al paso que puede sostenerse la vida exclusivamente con vegetales.

Todas estas substancias pueden reducirse á los tres conocidos grupos de protéicos ó albuminoides, de hidrocarbonados ó ternarios y de grasas; cada uno de ellos no se presenta aisladamente, sino que el alimento contiene, por lo general, representación de dos ó de los tres, así que en rigor no podemos hablar de substancias protéicas ó de hidrocarbonados, aunque les demos estos nombres atendiendo al elemento predominante. Las diferentes materias mencionadas sirven para reparar las pérdidas que el ejercicio funcional hace sufrir á nuestras células y para ser origen de las fuerzas que se desarrollan en los cambios intraorgánicos, por lo que la división que atendiendo á este concepto se ha hecho de ellas en histógenas y dinamógenas, es mucho más racional que todas aquellas, hoy justamente olvidadas, que separaban los alimentos en plásticos y respiratorios, dinamógenos y termógenos, etc.; sin embargo, hay que tener presente que la mayoría de las substancias nutritivas son á un tiempo, y según las circunstancias, reparadoras de los elementos integrantes del organismo que se consumen en el sostenimiento de la vida, á la vez que manantial de energía.

El valor nutritivo de un alimento se mide comunmente por el número de calorías que es capaz de desarrollar; así es como se ha llegado á establecer la ración alimenticia del hombre, según el grado de su actividad, pero yo no doy una importancia considerable y absoluta al dato cuando he de regimentar á un enfermo, y menos si su enfermedad radica en los órganos digestivos.

En efecto, en el organismo humano los principios alimenticios desarrollan, al quemarse, un grado de calor igual al que desprenderían en el calorímetro, pero esto es en el supuesto de que se utilicen total ó casi totalmente, como de ordinario lo hacen en el individuo que se encuentra en estado hígido; si el sujeto está enfermo, y más todavía si su mal afecta los territorios encargados de preparar ó absorber estas substancias, desconocemos la medida de su utilización; por lo tanto, podremos saber cuál es el mínimum de calorías que ha de ingerirse, pero no si dando al enfermo ese mínimum ó sobrepasándole le alimentaremos bien.

Cosa análoga ocurre si, como se ha hecho recientemente, en lugar de valorar en calorías los alimentos los valoramos según la proporción de glucosa que engendran, basándonos en que en esta substancia han de metamorfosearse para satisfacer las necesidades nutricias del organismo.

Por ser sobrado conocido no haré sino indicar que, tanto la composición como la cantidad de alimentos varían, entre otras circunstancias, alguna tan poderosa como las económicas, según la región en que se vive, la estación, la edad, el género de vida, el más ó menos perfecto estado de salud y el hábito de comer abundante ó parcamente.

La preparación culinaria de los alimentos los modifica mucho en la mayor parte de los casos; la cocción hidrata y rompe los granos de almidón, disgregando á la vez y reblandeciendo la envoltura de los cereales y legumbres y las fibras de su celulosa, con lo que se facilita su ataque por los jugos digestivos; las grasas y los azúcares no se modifican por el calor,

pero la albúmina se coagula, gelatinizándose parcialmente los tejidos fibroso y conjuntivo de las carnes.

No insisto en estos particulares, porque pienso ocuparme en este trabajo de los alimentos exclusivamente desde el punto de vista de las transformaciones que para ser utilizados por el organismo experimentan y de los lugares donde tales cambios se verifican, prescindiendo de los demás aspectos de tan interesante cuestión.

Para desenvolver mi tema es indispensable que estudiemos el mecanismo de la digestión, con lo cual tendremos recorrido lo más accidentado del camino, ya que en tan importante estudio nos irán saliendo al paso hechos que no reclamarán luego sino una escasa y natural labor deductiva para sentar los principios á que debe subordinarse la terapéutica bromatológica de las enfermedades del aparato digestivo. Empezaremos fijándonos en el modo cómo se realiza la digestión en los animales más inferiores, ya que existen estrechos contactos entre ésta y la que tiene lugar en el hombre, cosa natural, puesto que si aquéllos están constituídos por una sola célula, éste no es más que el conglomerado de innumerables elementos celulares.

En los amibos y en los infusorios ciliados, la nutrición se verifica en lo que se ha llamado vacuola digestiva. El líquido incluído en la membrana celular, colocada en el seno de otro líquido, es influído por éste merced á fenómenos de difusión, en virtud de la cual una pequeñísima parte de la substancia periférica penetra en el protoplasma de la célula, y esto es lo que se denomina digestión, y por ello á la vacuola se le da el nombre de digestiva. La substancia ambiente se introduce á expensas de movimientos especiales, llegando á identificarse con el protoplasma preexistente; si en la masa periférica había partes no asimilables, como vidrio pulverizado, penetran en la célula, pero no tardan en ser expulsadas, también por obra de ciertos movimientos. Para que la materia periférica se identifique con la intracelular, identificación que es el estado final de la labor digestiva, ha de pasar por estados intermedios aparentemente más alejados de identidad con ella que el inicial.

Si el líquido ambiente era, como suele, alcalino, se acidifica, como lo ha demostrado Le Dantec en muchos protozoarios, debiéndose la acidez á difusión de iones que tienen origen en el citoplasma. El autor que acabamos de nombrar dice que la digestión es en estos séres la asimilación física del contenido vacuolar por la substancia activa que le rodea, sin que se vean claros la secreción de jugos digestivos del contenido vacuolar, la absorción de las materias digeridas y la asimilación definitiva; añade que si esto parece claro es por estar tomado de la historia del hombre, pero que en realidad costaría trabajo dar en el lenguaje de la química ordinaria detalles de cada una de las mentadas operaciones. Ve, pues, Le Dantec la digestión como una asimilación física realizada por medios de este exclusivo orden, mientras que yo veo en todo lo expuesto el embrión, el bosquejo de lo que sucede en los animales superiores y en nuestra misma especie.

En efecto, en el organismo humano, la digestión se realiza á beneficio de movimientos y de cambios de reacción, figurando precisamente aquí como allí la aparición de un líquido ácido, y el cambio de reacciones corresponde, hoy por hoy, al orden químico; si en los protozoarios no se segre-

gan zimasas como en los séres más complexos, acaso estribe en la sencillez de las mutaciones que reclama lo elemental de su vida; hasta la selección que hace el organismo monocelular para apropiarse lo que es capaz de convertir en idéntico á su protoplasma, rechazando lo que no puede utililizar, es lo propio que acontece en los organismos más elevados, así como en unos y en otros existen grandes analogías respecto á lo que ocurre á la materia ambiente, al alimento para convertirse en la propia substancia de quien lo ingiere. En ambos casos pasa por estados intermedios, á veces más alejados de la composición del organismo que va á nutrir de lo que lo estaba primitivamente; así sucede en el hombre que, al ingerir una molécula de albúmina, la somete á transformaciones múltiples, que no son sino obra de análisis, para venir á parar, como fin de la labor, en la síntesis de otra molécula de albúmina. La diferencia entre la molécula inicial, la procedente del exterior y la final, la que va á constituir una parte del organismo que se la apropia, acaso sólo estribe en que esta última sea específica, distinta en su última esencia, en lo hondo de su disposición atómica, que el análisis no puede revelar, de la procedente del exterior, porque si no es así, si no existe diferencia entre ambas, no se concibe que el ser vivo gaste sus energías destejiendo lo que inmediatamente ha de volver á tejer.

Vamos ahora á sintetizar en lo posible los fenómenos más salientes de la digestión en las especies superiores, aquellos que poseen verdadero valor para darnos cuenta de lo que es esta función de funciones en el organismo humano, estudiando separadamente la parte que en la obra común toman la boca, el estómago y el intestino con las grandes glándulas próximas que vierten en él sus productos.

Digestión bucal.—Las substancias líquidas atraviesan rápidamente la cavidad oral sin sufrir, á causa de esta rapidez, alteración ni apenas mezcla con la saliva; las sólidas determinan la producción de dicho líquido por dos distintos mecanismos: psíquico y mecánico. Al solo recuerdo del alimento que nos agrada se nos hace la boca agua, según frase vulgar, como si el organismo se aprestara á desempeñar la importantísima función digestiva. La masticación, indispensable para desmenuzar las substancias que han de deglutirse, determina un mayor aflujo de saliva, tanto más graduado cuanto más secas son las materias masticadas. El fermento de la saliva (ó los fermentos, puesto que se duda de si es uno ó más los que contiene) varía en cantidad con la naturaleza de los alimentos, respondiendo así á lo que pudiera llamarse ley de adaptación específica de las glándulas; aumenta con los amiláceos y no lo hace con los protéicos, en consonancia de la necesidad orgánica de sacarificar el almidón; si bien es cierto que el glicógeno de las substancias azoadas también se sacarifica, lo hace con mayor lentitud, y dada la escasa permanencia de los alimentos en la boca, se reconoce unánimemente que no debe tomarse en cuenta. Los demás principios alimenticios no sufren modificación apreciable en ese tiempo.

La secreción salival influye en las de los tramos digestivos que le son inferiores topográficamente y es influída por los trastornos orgánicos y funcionales de esos mismos tramos. Influye en la digestión gástrica, porque disolviéndose en el líquido bucal algunos principios sápidos, éstos al ser paladeados despiertan la secreción psíquica del estómago; en las altera-

ciones bucales y de las glándulas productoras de saliva se resiente la digestión, pero está demostrado que el resentimiento es debido á los microorganismos y no al fermento ni á modificaciones químicas. La cantidad de saliva se halla en relación con la acidez del jugo gástrico, y, por efecto de esta relación, siendo alcalina tiende á neutralizarle cuando es ácido en demasía. Las excitaciones y lesiones esofágicas y gástricas suelen determinar aumento de secreción salival, como en ocasiones lo determinan las alteraciones funcionales ú orgánicas del intestino y glándulas anexas.

Se lee en algunas obras que la digestión bucal se hace de un modo completo y rápido, y que, prolongándose la actividad glandular á lo menos dos horas después de las comidas, la sacarificación de los amiláceos prosigue en el estómago á beneficio de la saliva que se deglute durante ese tiempo; el hecho no es exacto por lo que se refiere á la boca ni por lo que hace relación al estómago. Si ponemos en un tubo de ensayo unos cuantos centímetros cúbicos de saliva en la que sumergimos un trocito de pan, á los pocos momentos una gota de la solución yodo-yodurada hará tomar al líquido el color morado por mezcla del azul propio de la amidulina con el rojo de la eritrodextrina; el licor de Fehling se reduce por haberse sacarificado parte del almidón, pero la metamorfosis es escasa, como lo prueban lo mínimo de la reducción y la persistencia del color morado; si hubiese sido total éste habría desaparecido, porque los grados de transformación vecinos de la glucosa son las acrodextrinas, incoloras con la solución yodo-yodurada, y la maltosa; la persistencia del color demuestra, pues, lo incompleto de la transformación.

En el estómago normal la sacarificación iniciada en la boca tampoco prosigue, porque cuando extraemos jugo gástrico y analizamos los amiláceos que contiene, hallamos resultados idénticos á los señalados; la amilolisis sólo se completa en los estómagos que segregan un jugo de acidez muy escasa y que son patológicos, porque los ácidos son impedientes de la acción sacarificante propia de la zimasa salival.

La digestión de los hidrocarbonados se hace perfectamente sin el concurso de la saliva, como lo prueban los casos observados de falta completa de este líquido mejor aún que la experimentación, porque aunque sepamos que los animales digieren bien las féculas cuando se les han extirpado los tres pares de glándulas salivales, podría la amilolisis atribuirse á acción supletoria de las pequeñas glándulas existentes en el suelo de la boca.

Los animales acuáticos como los cetáceos, y los terrestres en los cuales no se realiza la masticación, como los pinnípedos, están desprovistos de glándulas salivales ó las poseen rudimentarias, siendo esto de notar particularmente en lo que se refiere á las parótidas, que son las más importantes en orden al fermento, mientras que los herviboros que se alimentan de substancias secas, las tienen muy desarrolladas, bastante más que los que utilizan pastos jugosos; los perros á los que se les extirpan dichas glándulas, y que, como queda expuesto, digieren bien, beben más agua que antes de operados.

Creemos poder inferir de lo anterior que la principal misión de la saliva es humedecer las substancias alimenticias, disolviendo alguno de sus elementos, y que si desempeñan otro papel es de manera deficiente, accesoria

en modo alguno indispensable. A este grupo corresponde la acción defensiva del organismo que la saliva ejerce: colocada en el vestíbulo del tubo digestivo es centinela avanzado que da el alto á lo que en él intenta penetrar, neutralizando lo ácido, diluyendo lo cáustico y facilitando la expulsión de lo repugnante ó tóxico con que hubiésemos sido sorprendidos, siempre que su sabor pueda delatarlo.

La secreción salival toma parte importantísima en la deglución; si ingerimos un bocado de comida mal masticado que progresa difícilmente á lo largo del esófago, la excitación de este conducto provoca un aumento de saliva que, deglutida, despierta ondas de contracción esofágica favorables al descenso del alimento detenido.

Digestión gástrica.—El producto de las glándulas gástricas aparece en virtud de dos mecanismos diferentes: psíquico y químico, bien estudiados en los animales de experimentación; el jugo psíquico, más ácido que el químico, empieza á segregarse cuatro ó cinco minutos después de introducir los alimentos en la boca, y se debe principalmente á un reflejo provocado por la sapidez de las substancias ingeridas; el apetito es el principal estimulante de esta secreción, lo cual le ha valido el nombre de jugo de apetito. El químico no aparece hasta pasados quince minutos de la entrada de las materias alimenticias en el estómago, pero al iniciarse el segregado psíquico ya han penetrado éstas en la víscera por no durar la masticación de cada bocado tanto tiempo como tarda en comenzar á derramarse de las glándulas el líquido que elaboran.

Este líquido consta principalmente, como se sabe, de ácido clorhídrico producido á expensas del cloruro sódico del organismo, de pepsina y de cuajo, si bien no falta quien admite que la región del cardias segrega una amilasa que sacarifica el almidón, la del fondo pepsina que peptoniza las albúminas, cuajo que coagula la leche y alguna lipasa que desdobla las grasas, y la del píloro una pseudopepsina que actúa en medio ácido, neutro ó poco alcalino.

Respecto al cuajo, debo decir que se supone por algunos que no es substancia distinta de la pepsina, si bien tal manera de ver no ha sido demostrada.

No todos los alimentos estimulan la secreción de jugo psíquico y químico: el pan y las grasas sólo determinan secreción psíquica, al paso que la leche da únicamente lugar á la química, mientras las carnes producen ambas. La proporción de pepsina se halla en razón inversa de la digestibilidad del alimento; se segrega más con el pan que con la carne, con ésta que con la leche y más con las albúminas vegetales que con las animales, por ser las últimas más fáciles de digerir; para cada especie de alimento y en igualdad de volumen producen las glándulas exactamente la cantidad de jugo que exige su naturaleza; las peptonas, el caldo, el jugo y las soluciones de extracto de carne estimulan esta secreción, por lo que la carne muy cocida, desprovista de materias extractivas, es poco estimulante; el agua también favorece el trabajo de las glándulas gástricas, por cuyo motivo lo hace la saliva, que empapa los alimentos secos; el café, el té y el alcohol disminuyen la cantidad de líquido segregado, si bien el último eleva la proporción de ácido; los amiláceos aumentan el poder digestivo del jugo y

las grasas retardan su aparición disminuyendo la cantidad y la potencia, siendo este el efecto de la leche.

La acción sobre el segregado del estómago, de la carne, el pan y la leche se puede representar, según Pawlow, de mayor á menor en la forma siguiente: potencia y duración: pan, carne, leche; acidez: carne, leche, pan; cantidad: carne, pan, leche.

La principal transformación que los alimentos experimentan en el estómago recae sobre los protéicos, pero no se peptonizan en totalidad, sino sólo en parte, sufriéndola particularmente el tejido conjuntivo y quedando por ella libres los elementos que éste engloba, como fibras musculares, glóbulos de grasa, etc.

Las peptonas no son, como hasta hace poco se decía, los términos últimos de la digestión de los albuminoides; la pepsina da, además, lugar á la producción de cuerpos amorfos llamados peptoides ó polipéptidos, que son asociaciones de aminoácidos abiuréticos (así llamados porque no dan la reacción del biureto característica de las propeptonas y peptonas) y aminoácidos cristalizables.

Es sabido que el estómago ejecuta movimientos contráctiles y las observaciones radioscópicas demuestran que se adapta á las materias que contiene, aunque sean de escaso volumen, como pudiera hacerlo la mano á un cuerpo que tratase de asir; con esto disgrega y desmenuza las partículas sólidas é impulsa su contenido hacia el duodeno. La duración de la estancia del alimento en el estómago no depende de su constitución química, sino del estado físico, excepto la de las grasas que tardan tanto más en evacuarse cuanto más alto es su punto de fusión.

Hoy ya se concede más importancia que hace unos cuantos años á la motricidad gástrica, habiendo perdido el quimismo mucho del predominio que se le daba en patología digestiva, porque se ha visto que muchas veces no se resiente en lo más mínimo la digestión ni la total salud en el curso de alteraciones químicas muy graduadas y apreciables, mientras que los disturbios motores acarrean siempre positivos trastornos.

La miastenia, la estenosis pilórica por poco acentuadas que sean, originan perturbaciones subjetivas y objetivas, al paso que hiperclorhidrias muy acentuadas é hipoclorhidrias muy intensas, lo mismo que la total carencia de ácido clorhídrico no dan lugar en muchas ocasiones á alteración de ningún género si no se acompañan de deficiencia motriz.

Los líquidos atraviesan muy pronto el estómago, como los huevos crudos y la carne en pulpa, mientras que el huevo cocido y la carne en estado natural tardan horas en abandonar la víscera, no por su composición, que en poco ó en nada difiere en ambos casos, sino por su estado físico. Esto es lo que sucede con la leche; en cuanto llega al estómago empieza á pasar al intestino, pero á medida que se coagula se va reteniendo la caseína, pasando sólo el suero.

Cuando los líquidos se ingieren mezclados con los sólidos, como el agua que se bebe durante la comida, tardan mucho más tiempo en llegar al duodeno que cuando van solos. La radioscopia demuestra que si con un líquido damos á un sujeto un sólido por pequeño que sea, una píldora por ejemplo, el líquido irá penetrando en el intestino, pero al acercarse el só-

lido al píloro, éste se cierra y aquella substancia no lo franquea hasta que se disgrega ó se disuelve.

Vemos, pues, que el estómago desempeña dos funciones, importantísimas las dos para la mayoría de fisiólogos y clínicos, importante para nosotros sólo una, la motriz, y de poco alcance la otra.

Y no tomo para nada en cuenta la opinión sostenida por algunos que atribuyen al estómago como papel primordial el de realizar la asepsia de los segmentos del aparato digestivo que están por debajo de él, lo cual no me parece exacto por cuanto si bien es cierto que entran con las substancias ingeridas muchos gérmenes, ya que este aparato puede considerarse como externo, en constante y fácil comunicación con el exterior, y es cierto asimismo que aquellas substancias no sufren fermentaciones notables en la víscera sana, el hecho debe de consistir en lo corto de su permanencia en ella, pues si tardan en abandonarla, los microorganismos se reproducen y hacen fermentar á los alimentos, aunque se segregue ácido clorhídrico no en cantidad normal, sino excesiva.

Las albúminas no se peptonizan en totalidad ni en los individuos de quimismo normal, ni en los que le tienen perturbado: el análisis revela muchas veces que así en la hiper como en la hipoclorhidria, dejan de peptonizarse por lo menos del 40 al 50 por 100 de las ingeridas, cuando la peptonización debiera ser casi total en el primer caso y no tener lugar ó ser muy restringida en el segundo; si recogemos de un animal en plena digestión el quimo que acaba de entrar en el duodeno y le comparamos con el existente en el estómago, apenas si, aparte de la reacción, notamos entre ambos diferencias ostensibles; las féculas se hallan muy poco transformadas, los albuminoides lo están en escasa proporción y las grasas no se han modificado aparentemente. En el hombre sano ó enfermo en el cual hemos determinado por extracciones sucesivas de análogas comidas de prueba que tardan, por ejemplo, noventa minutos en pasar al duodeno, cuando transcurridos setenta ú ochenta recogemos los pocos centímetros cúbicos de materiales que quedan en el estómago, los encontramos disgregados, pero en un grado muy deficiente de mutación.

Si, como argumenta Pron, sometemos un cubo de albúmina de huevo coagulada de 5 centígramos de peso á la digestión artificial en 20 centímetros cúbicos de jugo gástrico, veremos que tarda en disolverse en la estufa á la temperatura del cuerpo muy cerca de tres horas, á pesar de la enorme desproporción existente entre ambas masas, lo cual sirve para demostrar que las grandes cantidades de albúmina que se ingieren en una comida, no encuentran suficiente jugo segregado para disolverse, si este extremo ha de tener, como parece natural, solución idéntica dentro que fuera del organismo.

De todo lo que precede parece deducirse que el papel casi exclusivo que al estómago corresponde desempeñar en la digestión es el de reservorio para que los alimentos no penetren bruscamente en el intestino, sino de modo lento y progresivo, á medida que éste se va encontrando en disposición de recibirlos, porque si llegasen á él rápida y abundantemente, no podrían ser transformados. Esto es lo que sucede en los rumiantes, cuya panza sirve á tal fin, y algo parecido, aunque no análogo, ocurre en los simi-

nos que están provistos de dilataciones bucales á manera de saco, llamadas abazones, donde guardan los alimentos antes de masticarlos.

A la vez, y mientras dura este almacenaje, se completa la disgregación de los alimentos comenzada por los esfuerzos masticatorios, haciéndose aptos para sufrir en todas sus partes la acción del jugo pancreático; así, pues, debemos asignar á la víscera quimificadora una misión protectriz del duodeno que impide la llegada á él de substancias que, por su forma sólida, además de no ser susceptibles de metamorfosearse, le irritan mecánicamente.

Con esto queda muy reducida la importancia fisiológica del estómago como órgano transformador, y si los hechos nos imponen con carácter de cierta tal idea, no hemos de dejarnos llevar por la rutina para negarla por sola la razón de que hasta aquí se asignaba al órgano un valor más alto.

El estómago es importantísimo por la función que positivamente desempeña; tiene un cometido no despreciable que cumplir; nos interesa en los casos patológicos investigar cómo se comporta así en lo mecánico como en lo químico, pues ambos extremos se encadenan frecuentemente; tenemos unas veces que moderar y otras que estimular su labor secretoria, pero no es órgano indispensable para la nutrición, y por consiguiente, para la vida.

La observación clínica nos permite dar testimonio de que, como queda ya expuesto, mientras no se dificulta el vaciamiento gástrico, la salud no se altera en muchas de las ocasiones en que la víscera no segrega ó produce un jugo desprovisto de ácido y de fermento, ó lo produce con acidez exagerada; esto es lo que ocurría en aquellos casos de aquilia gástrica en los cuales Noorden y Strauss comprobaron el buen estado de la nutrición, y en tantos otros que vemos á diario. Los experimentos en los animales, así como las resecciones totales con fin terapéutico practicadas en el hombre, nos permiten dar fe de que la separación del ventrículo gástrico es compatible con la vida y con la mejoría de la nutrición, permitiéndonos decir, descontando los riesgos operatorios, que, entre vivir con un estómago cuyas lesiones comprometan la nutrición y ocasionen constantes sufrimientos y vivir sin estómago, esto último es preferible.

Alguna vez, después de la resección total del órgano, se ha visto á la naturaleza tratar de suplir la falta de reservorio alimenticio fraguando un ensanchamiento esofago intestinal, como en los casos de Schuchard y de Ribera, cosa que parece abonar la idea de lo importante que es este papel de la víscera extirpada.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Un caso de pubiotomía subcutánea lateralizada. — En los *Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría* publica el Dr. Félix Parache el caso recaído en una mujer de treinta años de edad, que por consecuencia de un traumatismo recibido en la infancia padeció un mal de Pott, lo-

calizado en la porción lumbar, apreciándose la prominencia de la cuarta vértebra, que viene á ser el vértice de un ángulo obtuso que forma la columna vertebral; es, por lo tanto, una xifótica. Por efecto de esta anomalía de conformación se nota falta de desproporcionalidad entre la longitud de los miembros inferiores y la altura del tronco, que es bastante reducida, ganando en cambio en anchura necesaria para que las vísceras puedan acomodarse fácilmente. Esta arquitectura viciosa del tronco había de influir en la conformación pelviana y por el mecanismo tan conocido de génesis de la llamada pelvis xifótica, á la par que la separación de las crestas ilíacas, se produjo la vasculación hacia adentro de las porciones isquiáticas, acortando el diámetro transverso del estrecho inferior, en tal medida, que desde luego hacía sospechar tendría que oponer al parto dificultades muy serias.

Las mediciones practicadas demuestran la normalidad de los diámetros anteroposteriores de la pelvis, aumento hasta 30 centímetros de la distancia entre ambas espinas ilíacas y 6 $^1/_2$ centímetros de diámetro de biisquiático.

Como antecedentes refiere que dos años atrás quedó embarazada, y tras un embarazo normal llegó el momento del parto, comenzando sin novedad, pero quedando súbitamente detenido algunas horas después, y al cabo de tres días, cuando el forceps logró extraer la cabeza deformada y comprimida, el feto estaba muerto.

Desde el primer examen, apreciada la estrechez de 6 $^1/_2$ centímetros del diámentro biisquiático, y consideró el caso como de indicación relativa de pubiotomía, idea que fué confirmando á medida que al crecer el feto pudo convencerse de su considerable desarrollo.

De igual modo que en el primer parto, al principio nada hubo anormal, los dolores eran frecuentes y eficaces, el cuello desapareció y dilatose y la cabeza descendió á la excavación, pero al llegar á este punto, la cabeza, en segunda posición, quedó detenida por la dificultad infranqueable que la aproximación de los isquions le oponía : habíanse roto las membranas, reforzó el útero sus contracciones hasta hacerse casi continuas y tetánicas, amoldáronse las paredes sobre el feto, hasta el extremo de permitir apreciar su conformación y prominencia, y entonces, convencidos plenamente de la insuficiencia del diámetro pelviano y ante el peligro inmediato de una rotura uterina y de una asfixia fetal, procedió á ejecutar la pubiotomía lateralizada por el método subcutáneo de Dœderlein.

Para ello colocó á la enferma sobre una mesa y, previa anestesia y rasurado del pubis, trazó con el bisturí una incisión de un centímetro de longitud perpendicular al borde superior de la rama horizontal del pubis, á distancia como de un través de dedo á la izquierda de la línea media; profundizó lo bastante para percibir con exactitud dicho borde, ya que el considerable grosor del tejido lo dificultaba, y entonces, mediante la aguja curva y roma de Emmet, perforó, rasando el hueso las inserciones de los músculos de la pared abdminal; una vez introducida, basculé el mango de modo que la punta fuera descendiendo sin perder contacto con la superficie posterior del pubis, guiándose para ello con el índice de la mano izquierda introducido en la vagina, y así pudo lograr fácilmente pasar la

aguja hasta que su extremo formó relieve en la cara externa del labio mayor izquierdo de la vulva, dándole salida mediante un pequeñísimo corte de bisturí. En seguida unió al extremo de la aguja una sierra de alambre de Gigli y con movimientos inversos á los descritos retiró aquélla, quedando pasada por detrás del pubis, bastando únicamente un minuto para que mediante tracciones alternativas de los extremos quedase totalmente dividido el hueso á un centímetro por fuera de la sínfisis.

Una aplicación de forceps en occipitoposterior permitió fácilmente extraer una criatura en perfectas condiciones de vitalidad y considerable desarrollo, alcanzando su peso 3.510 gramos. La placenta desprendióse espontáneamente.

La separación que alcanzaron las superficies óseas seccionadas fueron, por las razones que expuso, realmente excesivas, pues llegó á unos 5 centímetros, y por ello al terminar la operación pudo observar un desgarro vaginal que partiendo de cerca de la entrada vulvar ascendía por la cara anterior hasta la mitad de la altura. Una vez limpia la región, ocluídas las incisiones de entrada y de salida de la aguja, hizo un taponamiento compresor del desgarro vaginal y aplicó á la enferma una sencilla faja.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 27 de Octubre y 3 de Noviembre de 1908.

Intradermorreacción á la tuberculina. — El Dr. HUTINEL: El Dr. Mantoux designa con este nombre las reacciones provocadas por la inyección intradérmica de una gota que contiene 1/100 de milígramo de una solución de tuberculina dosificada al 1 por 5.000, y á la que puede agregarse para que no produzca dolor una pequeña cantidad de cocaína ó de estovaína. Cuando la reacción es positiva aparece en forma de una infiltración blanca ó sonrosada, rodeada á veces de un halo de eritema. Llega á su apogeo á las cuarenta y ocho horas, retrocede después, pero tarda bastante en desaparecer. En los casos negativos se observa sencillamente la señal de la picadura, que disminuye á las pocas horas, y que no es posible confundir con las reacciones más ligeras.

De 91 tuberculosos reaccionaron todos, excepto 2 caquécticos y 1 moribundo; de 250 sujetos indemnes, al parecer, de tuberculosis, reaccionaron 129. Las reacciones positivas, rarísimas en el transcurso del primer año, se hacen más frecuentes á medida que aumenta la edad: se observan en 5 adolescentes de 6. Son debidas á las tuberculosis latentes.

Todos los enfermos que reaccionan con la cutirreacción, reaccionan también con la intradermo; muchos tuberculosos que no reaccionan con la primera, lo hacen con la segunda. Esta debe sustituir á la oftalmorreacción, que es peligrosa.

La intradermorreacción positiva significa sencillamente la existencia de un foco tuberculoso en el organismo. Este hecho tiene gran valor en el niño de pecho; su interés disminuye á medida que aumenta la edad. En los sujetos de más de un año, la intradermorreacción positiva no prueba que la lesión sea tuberculosa, porque puede ser debida á ganglios ocultos en el mediastino. En cambio, si es negativo puede declararse casi con seguridad la existencia de una tuberculosis en evolución. La intradermorreacción es negativa en los moribundos y caquécticos, en los sarampionosos y quizá en los vacunados y variolosos.

Tratamiento de las fracturas del cuelle del femur por el enclavijamiento. — El Dr. Delbet: Presento á la Academia cuatro enfermos de fractura del cuello del femur tratados con éxito por el enclavijamiento metálico.

El pronóstico de las fracturas del cuello en los ancianos es tan poco satisfactorio, que muchos cirujanos han renunciado á la consolidación hipotética, han abandonado todos los apósitos y hacen levantar á sus enfermos, en cuanto les es posible, para evitar las escaras y las congestiones pulmonares, que terminan muchas veces por la muerte.

Un buen tratamiento de estas fracturas debe asegurar la contención de los fragmentos, permitiendo á los enfermos levantarse. Creo que sólo el enclavijamiento puede llenar esta doble indicación.

He procurado hacer del enclavijamiento transcervical una operación de cirugía menor. He creido esta idea realizable al observar, al hacer artrotomías, que las tracciones convenientemente dirigidas colocan casi exactamente extremo con extremo los dos fragmentos del cuello femoral roto. En las fracturas cervicales, propiamente dichas, la cápsula, que es muy estrecha, coloca los dos fragmentos bajo la influencia de las tracciones en el eje de uno y de otro, y en las fracturas cervicotrocanterianas, las inserciones cápsulomusculares desempeñan el mismo papel. Es posible, por lo tanto, hacer un enclavijamiento suficiente sin practicar la artrotomía.

La dificultad principal consiste en dar á la clavija (clavo ó tornillo) una buena dirección. Creí que lo conseguiría operando con la radioscopia. Lo intenté en uno de mis enfermos, pero fracasé por completo. La radioscopia permite darse cuenta de la oblicuidad en el plano vertical, pero el cuello tiene otra oblicuidad; la radioscopia nada enseña sobre la inclinación del tornillo en el sentido anteroposterior. Para utilizar la pantalla florescente, hay que operar en la obscuridad; es imposible así orientarse y se corre el riesgo de dar á la clavija una oblicuidad que no concuerde con la del cuello y que puede ser peligrosa.

Esperaba que con algo de práctica podría hacer un buen enclavijamiento operando al azar. Después de haber repetido la operación bastantes veces en el cadáver, la intenté en el vivo. Triunfé en uno de mis enfermos, pero fracasé en otro. Mi tentativa no produjo consecuencia alguna desagradable, pero tampoco sirvió de nada. El enfermo murió de neumonía y pude ver que el tornillo había pasado al lado de la cabeza del femur. Después

de este fracaso, procuré reglamentar la operación para que nada quedara al azar.

Necesitaba ante todo determinar la oblicuidad media del cuello en el sentido anteroposterior, no como se hace en anatomía, con relación al plano posterior del cóndilo, sino con relación á un plano horizontal (el de la mesa de operaciones) cuando el miembro se halla en la posición más favorable para la reducción. En esta posición, la oblicuidad del cuello es casi constante. No diré que sea siempre matemáticamente la misma, pero á menos de deformidad aparente, varía muy poco, de modo que un vástago introducido por debajo del trocanter mayor, siguiendo una oblicuidad que he determinado experimentalmente, penetra en la cabeza del femur.

He hecho construir un cañoncito que tiene precisamente esta oblicuidad sobre su cureña. Puede hacérsele subir ó bajar, de modo que sea siempre posible colocar su extremidad más alta en contacto con la superficie subtrocanteriana, pero conservando siempre la misma oblicuidad. Además puede girar sobre su eje vertical, de modo que se puede orientarle, según la oblicuidad del cuello, en el plano vertical.

Esta varía hasta tal punto según los sujetos, que no es posible atribuirle un valor ni aun aproximado.

Pero cuando se pone al descubierto la superficie subtrocanteriana, basta, para conocer con exactitud la oblicuidad del cuello en el plano vertical, saber cuál es el centro de la cabeza del femur. He comprobado por investigaciones en el cadáver, que un clavo que penetre verticalmente sobre la arteria femoral á un centímetro por debajo del arco de Falopio, pasa por la parte media de la cavidad cotiloidea. He agregado al cañón de que hablaba, una especie de índice oblicuo, que se puede alargar ó acortar, y que está unido á la pieza que marca la oblicuidad en el sentido transversal.

Cuando se ha colocado la extremidad del índice sobre el punto de guía que acabo de indicar, sobre la arteria femoral á un centímetro por debajo del arco de Falopio, por medio de un tornillo de presión, se sujeta el aparato en la posición que ha tomado y no queda más que introducir el tornillo ó el clavo en el alma del cañón que le sirve de guía y clavarle. El clavo ó el tornillo atraviesan el cuello del femur y se clavan en su cabeza. Pero en las fracturas del cuello, la clavija debe llegar hasta la cabeza femoral, porque en el cuello nada queda sólido y el único punto de apoyo es el núcleo compacto de la cabeza.

La operación se practica sin anestesia general. Inyecto primero estovaína en el foco de la fractura, según el método de Quénu y después hago la anestesia superficial de la línea de incisión, como aconseja Reclus. La operación termina sin que el enfermo sienta dolor.

Los tornillos, no obstante su longitud y su volumen, son bien tolerados. Algunos enfermos los han tenido colocados sin molestia hasta quince meses.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Octubre de 1908 (1).

Inyecciones de morfina en el tratamiento de la tos ferina. — Los Dres. TRIBONDET y BOYÉ: La tolerancia de los niños por la morfina, demostrada por las investigaciones de Lesage y Cléret, la acción tan eficaz de este medicamento en ciertas afecciones de las vías respiratorias (crup), nos han animado á extender los beneficios de esta medicación al padecimiento catarral más rebelde, la tos ferina.

En justificación de los principios sentados por Trousseau en su clínica: «Si se quiere conocer la eficacia de un tratamiento, sea el que fuere en la tos ferina, sólo será posible afirmar la verdadera utilidad de una medicación después de haberle experimentado en gran número de enfermos, á los que habrá curado en *menos de seis semanas* ó cuando menos habrá disminuído la *frecuencia y la intensidad* de los accesos de tos», podemos referir una serie de 26 observaciones, en 18 de las cuales (los otros ocho enfermos padecían á la vez granulia y fiebres eruptivas concomitantes) el tratamiento por las inyecciones de morfina curó la afección en menos de seis semanas (O accesos de tos).

Se ha observado á la vez en estos 18 casos la *disminución de la frecuencia* de los accesos en la proporción de una tercera parte, de la mitad y hasta de las dos terceras partes en un período variable de dos á quince días, y, finalmente, en estos 18 casos se ha visto también disminuir los accesos de tos en *intensidad* (disminución ó desaparición de los vómitos) y en *duración*.

La morfina empleada á la dosis de 1/4 y 1/3 y progresivamente de 1/2 y 2/3 de centígramo y hasta de un centígramo, jamás ha producido accidentes, sea la que fuese la edad del enfermo (de tres meses á diez años). Conviene, sin embargo, analizar la orina de antemano para ver si contiene albúmina.

Las inyecciones de morfina, empleadas así, son inofensivas en la tos ferina y producen grandes resultados: disminución de la intensidad y de la duración de los accesos en un padecimiento hasta ahora incurable por la terapéutica y que expone á tantas más complicaciones cuanto más largo es su curso.—(*La Clinique*).—F. TOLEDO.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.

(Continuación).

Tratamiento del cáncer del estómago.—El Dr. *Czerny* (de Heidelberg) dijo que el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico ha correspondido á todas las esperanzas que podían fundarse en este tratamiento, en una afección de diagnóstico tan difícil. Cree que las tentativas hechas para protejer el

(1) Primera del presente curso.

campo operatorio contra el derrame del contenido estomacal (procedimientos de Kostowzeff, Graser, etc.), permiten esperar una disminución de la mortalidad operatoria; que la mejoría en los procedimientos de sutura disminuirán la duración del acto operatorio y sus peligros; que la anestesia combinada (morfina, escopolamina, cloroformo) disminuirá la frecuencia y la gravedad de los casos de neumonía. Cuanto á los resultados terapéuticos, cree que no mejorarán extendiendo las indicaciones de la operación, sino más bien limitándola á los casos favorables, á los cánceres localizados, en los que el estado general es relativamente bueno y autoriza á practicar una intervención seria. Esta debe consistir en la resección extensa, excediendo varios centímetros la extensión del mal, sobre todo en dirección al cardias, que es hacia donde se dirigen los linfáticos.

Desde 1882 á 1905 se han practicado en la clínica de Czerny 450 operaciones por cáncer gástrico, con una mortalidad operatoria (muerte ocurrida en los primeros treinta días) de 22'2 por 100. Esta mortalidad ha disminuido en los años últimos, según prueba el cuadro siguiente:

PERÍODOS	RESECCIONES		GASTRO-ENTEROSTOMÍAS		LAPAROTOMÍAS EXPLORADORAS		TOTAL	
	Casos.	Muertes.	Casos.	Muertes.	Casos.	Muertes.	Casos.	Muertes.
1881-1890.....	9	4	15	7	10	2	34	13
1892-1897.....	14	6	84	20	16	3	144	29
1898-1905.....	73	21	203	33	26	4	302	58
Total.....	96	31	302	60	52	9	450	100

Resecciones del estómago.—Ha practicado esta operación 73 veces, con una mortalidad de 28 por 100. Los procedimientos empleados han sido los dos de Billroth y el de Kocher; en todos los casos, excepto en 4, ha recurrido á la gastroenterostomía posterior, casi siempre con el botón de Murphy.

Gastroenterostomías. — La mortalidad en 203 casos de gastroenterostomía ha sido de 16'2 por 100. El procedimiento empleado fué el de Von Hacker (posterior, transmesocólica, con el botón de Murphy), excepto en 9 casos en los que se recurrió á la gastroenterostomía anterior de Wölfler.

Laparotomías exploradoras.— En 21 casos hubo cuatro muertes operatorias, que ocurrieron del segundo al décimoquinto día, y 17 supervivencias de treinta y siete á trescientos seis días.

Cánceres no operados.— En 31 casos de cánceres del estómago no se practicó la operación por ser impracticable ó por oponerse á ella los enfermos.

El Dr. *Drujinski* (de Moscou) ha practicado 20 gastrectomías parciales por cáncer del estómago, con una mortalidad operatoria de 70 por 100. Cree que debe resecarse el estómago siempre que la operación sea técnicamente practicable, sin preocuparse de lo elevado de la mortalidad operatoria, porque todos estos individuos están condenados á muerte por su enfermedad. Para evitar toda mala interpretación al apreciar la proporción de mortalidad, propone dividir los casos de cáncer del estómago en tres

clases, que comprenden los ligeros, los medianos y los graves. En la primera clase incluye los casos de tumor pequeño y móvil; en la segunda los tumores de dimensiones medias, más ó menos adherentes, pero sin metastasis; en la tercera los cánceres voluminosos, adherentes, con metastasis —extirpables—en el hígado y páncreas. Es preciso en lo sucesivo calcular la mortalidad según cada una de estas categorías.

El Dr. *Hartmann* (de París) dijo que había practicado 111 gastroenterostomías con una mortalidad operatoria de 18 por 100 y 57 gastrectomías con una mortalidad inmediata de 27 por 100.

El Dr. *Delagenière* (de Mans) estudió las condiciones de una buena exeresis en los cánceres de la curvadura menor del estómago. Se sabe que en todo cáncer gástrico la sección, para que sea suficiente, debe exceder tres centímetros cuando menos los límites aparentes del tumor. En los cánceres de la curvadura menor, para llegar á estos tres centímetros, es preciso seccionar el órgano al nivel del borde derecho del esófago. En este sitio se alcanzan los límites deseados, pero existen en el epiplón menor ganglios cancerosos que reciben los linfáticos de la zona invadida; estos ganglios pueden encontrarse también á cierta distancia de la zona infectada, de modo que es preciso buscarlos con cuidado. Delagenière ha encontrado siempre uno ó dos adheridos al esófago, cerca de su borde derecho, por consiguiente, mucho más allá de la arteria coronaria. En los casos de este género debe excederse el límite de esta arteria. Se ha reconocido, además, que el cáncer de la curvadura menor tarda poco en propagarse á la mayor, desde la que se extiende de abajo á arriba á la tuberosidad mayor. Resulta, por lo tanto, que esta parte inferior de la tuberosidad mayor debe ser considerada como sospechosa y extirpada por lo tanto.

En resumen, para extirpar por completo un cáncer de la curvadura menor, debe hacerse la sección sobre el duodeno, después verticalmente á través del estómago al rape del borde derecho del esófago; por último, debe recortarse la parte inferior de la tuberosidad mayor, dejando adherido sólo al esófago un collar de estómago destinado á la anastomosis por implantación en la primer asa del yeyuno.

Cáncer gástrico. — El Dr. Ribera y Sans (de Madrid): Las operaciones que he hecho por tumores malignos del estómago suman 94 en 93 individuos, puesto que en uno de ellos, y después insistiré, en el que había hecho una pilorectomía, he tenido que hacer recientemente una gastroenterostomía por reproducción del tumor.

Estas 94 operaciones se descomponen en 29 gastrectomías, 48 gastroenterostomías, 2 yeyunostomías, una sutura de una perforación de un tumor y 14 laparotomías no exploradoras porque se había hecho el diagnóstico del cáncer, si no simples, por no poder hacer nada más.

Analizar el valor de estas diversas intervenciones y exponer los resultados obtenidos es el objeto de la presente comunicación.

Vamos á analizar rápidamente lo que se refiere á la perforación, laparotomía simple y yeyunostomía para entrar en algunos detalles referentes á la gastrectomía y gastroenterostomía.

El único caso de perforación de tumor en que he intervenido, la muerte sobrevino á las ocho horas de la operación; es verdad que á pesar de inter-

venir antes de las veinticuatro horas de producido el accidente, el individuo estaba en pleno colapso, frío, pulso incontable, con sólo 2.600 leucocitos; pero como á mi entender hay que ntervenir siempre en tales casos, hice la laparotomía, suturando una extensa perforación de un tumor enorme de la corvadura menor.

Las dos observaciones de yeyunostomía significan que es tan extenso el cáncer, que no quedaba sitio alguno libre para hacer la anastomosis intestinal; he hecho anastomosis en cara anterior, posterior, antecólica, retrocólica, prepilórica, en fondo mayor, en una palabra, en todas formas y en todos los puntos del estómago; esto quiere decir que en los dos casos en que he hecho la yeyunostomía no había porción de estómago sano donde hacer la implantación. Los dos casos han ido seguidos de muerte y pronto, y han bastado para convencerme de la inutilidad de la operación como tratamiento, aun cuando sea paliativo, del cáncer gástrico.

14 laparotomías simples resulta una proporción enorme en 94 casos: dado lo que acabo de indicar, es què no se podía hacer nada en tales circunstancias, y esto demuestra dos cosas: primera, que no siempre es posible hacer el diagnóstico del cáncer del estómago por extenso que sea, y segundo y tal vez hecho más interesante, el que se resistan médicos y enfermos á acudir al cirujano para tales padecimientos por falta de educación médica, por falta de costumbres, por creer ineficaz el tratamiento quirúrgico, etc. Se obtuvieron 12 curaciones operatorias y algunas con alivio bastante marcado y 2 de los operados murieron en la Clínica al mes de haber sido laparotomizados y ya curados de su laparotomía.

Y vamos á entrar en algunos detalles referentes á la gastrectomía y á la gastroenterostomía:

29 gastrectomías por 48 gastroenterostomías, dicen bien el criterio que tengo para el tratamiento del cáncer gástrico; el único tratamiento racional es la extirpación, es el tratamiento de elección; la gastroenterostomía es sólo tratamiento de necesidad que se puede hacer cuando no sea posible la extirpación, pero que aun entonces es de un valor tan discutible que yo me pregunto si merece la pena de hacerla, dado que, como diré, su mortalidad es alta y los beneficios que produce son muchas veces dudosos; dichas operaciones tienen un valor completamente distinto; en la gastrectomía quitamos ó pretendemos quitar todo lo enfermo, es decir, nos proponemos curar de un modo radical el cáncer del estómago, en tanto que con la gastroenterostomía sólo pretendemos aliviar; la una es un tratamiento curativo, la otra no lleva más fin que un tratamiento paliativo; siempre que sea posible quitar todo lo enfermo y que el enfermo pueda tolerar la operación, debemos hacer la gastrectomía, en tanto que la gastroenterostomía no tiene para mí más que una indicación: que el píloro no funcione ó funcione mal y no sea posible, por las condiciones del neoplasma, extirpar el tumor ó que éste, por sus condiciones, determine, aun cuando el hecho sea raro en los neoplasmas, la formación de un estómago biloculado que dé origen á trastornos mecánicos análogos á los de la estenosis pilórica, ó, por último, que las adherencias producidas por el neoplasma den origen á fenómenos dolorosos que sólo se pueden alivar cambiando las condiciones mecánicas, origen de dichos trastornos.

Y no admito más indicaciones de la gastroenterostomía en el tratamiento del cáncer gástrico, porque para haberlas sería preciso demostrar que la gastroenterostomía pone en reposo absoluto al órgano, lo convierte en órgano de paso, porque si así fuere, entonces sí que la gastroenterostomía llenaría indicaciones paliativas de importancia, como son el tratamiento de las hemorragias y detener la evolución del tumor, como lo hace el ano ilíaco, por ejemplo, en el cáncer del recto.

Pero la gastroenterostomía no puede llenar ni llena tales indicaciones; la gastroenterostomía, y hay que insistir en ello, no llena más que una indicación mecánica, y siempre que exista un obstáculo mecánico no hay más sino quitarlo ó anular sus efectos, abriendo una vía para que puedan salir los productos que se retienen en el estómago; pero la talla estomacal no evita la contracción muscular, y por lo tanto, no queda en reposo absoluto el estómago, y en su consecuencia, ni está indicada para contener la evolución de los neoplasmas, ni para contener las hemorragias gástricas, dependan éstas de neoplasmas malignos, de úlceras gástricas, etc.

Es asunto este de tal interés, que hace ya algún tiempo ha atraído mi atención; algunos hechos clínicos me habían hecho pensar que no se puede comparar la talla vesical con la talla estomacal; una serie de investigaciones experimentales me han demostrado plenamente que la gastroenterostomía no convierte el estómago en órgano de paso, en un órgano inerte; que á pesar de ella es preciso tiempo y contracción para vaciarse, y he deducido, por lo tanto, que sus indicaciones son muy limitadas y exclusivamente de hechos dependientes de trastornos mecánicos ó con ellos relacionados.

Las siguientes observaciones demuestran que la gastroenterostomía no llena indicación alguna en las hematemesis, se trate de cáncer del estómago, se trate de úlcera en plena actividad.

Mujer de sesenta y tres años: epitelioma de estómago; gastroenterostomía Rusca el 12 de diciembre de 1903. Día 20: 2 hematemesis y muere de anemia aguda el 25.

Hombre de treinta años: epitelioma de estómago; gastroenterostomía Rusca el 18 de diciembre de 1904. Día 23: hematemesis pequeña; día 26: hematemesis intensa y muere.

Hombre de cuarenta años: úlcera de estómago; gastroenterostomía Rusca el 26 de noviembre de 1904. Hematemesis violentísima, que lo mata al siguiente día.

Niña de once años: úlcera con estenosis; gastroenterostomía Rusca el 19 de octubre de 1907. Día 21: hematemesis intensísima, que pone en grave riesgo su vida.

Hombre de treinta y nueve años: estenosis cicatricial del píloro: gastroenterostomía Roux el 30 de abril de 1908. Hematemesis intensa el 8 de mayo de 1908 que compromete su vida.

Estas cinco observaciones clínicas demuestran para mí más que todos los razonamientos teóricos, que la gastroenterostomía no llena indicación alguna en las hematemesis, sean dependientes de tumores malignos ó de úlcera gástrica, sin que se aduzca que á veces cesan después de la gastroenterostomía, porque los dos últimos casos demuestran que se presenta á pe-

sar de la gastroenterostomía y que curan espontáneamente y á pesar de la misma.

Los experimentos que he hecho para resolver este problema, no dejan tampoco lugar á duda alguna.

Me he propuesto determinar cómo queda el estómago inmediatamente después de hecha la gastroenterostomía, ya que la serie de experimentos y observaciones hechas en épocas posteriores no tienen el menor valor posible para resolver el problema planteado.

Dos son los grupos de experimentos que he hecho, sirviéndome de perros de gran talla para los mismos.

En el primer grupo: en todos he hecho la anestesia con inyección intraperitoneal de una disolución de cloruro de morfina al 1 por 100, y próximamente 1 centígramo por kilo de peso del animal. Laparotomía. Se coloca una ligadura apretada alrededor del píloro. Anastomosis gastrointestinal, terminal, después de sección completa del intestino y ligadura del cabo superior. Inmediatamente de terminada la operación, se introduce en el estómago, por medio de una sonda, buena cantidad de leche. Se mata el perro pasado más ó menos tiempo.

Experimento 1.° Perro de 16 kilos. Se mata á los cinco minutos de ingerida la leche. Se abre el estómago y se encuentra la leche coagulada; píloro cerrado en absoluto; en íntimo contacto los bordes de la herida de la anastomosis; ni una gota de leche había pasado al intestino anastomosado.

2.° Perro de 22 kilos. Igual tiempo y resultado que el anterior, así como en el tercero.

3.° Perro de 11 kilos. Se mata el perro á los cincuenta minutos. La leche coagulada en el estómago.

4.° Perro de 22 kilos. Se mata el perro á las tres horas; apenas si queda en el estómago algún pequeño coágulo, etc.

En todos ellos y en los análogos he comprobado el íntimo contacto en que quedan los bordes de la herida estomaco-intestinal; al introducir el dedo en la abertura anastomótica se contrae enérgicamente el intestino, fenómenos ambos que indudablemente contribuyen á que en los primeros momentos no pase nada del contenido del estómago al intestino; con lo cual queda demostrado que la gastroenterostomía no convierte el estómago en órgano de paso, sino que desde el primer momento el píloro artificial es continente, y por lo tanto, la gastroenterostomía no puede llenar aquellas indicaciones que, como la hemorragia, exijan el reposo absoluto del órgano.

Por más que los resultados no podían ser más convincentes y en consonancia con los hechos clínicos por mí observados, he creído preciso completar dichos experimentos haciendo el examen radioscópico y radiográfico hecho inmediatamente después de la operación.

La técnica ha sido análoga á la antes dicha, sólo que uno de los experimentos lo he hecho sin anestesia, y en los cuatro últimos perros, para aproximarme á lo que ocurre en la Clínica, se les ha tenido sin darles alimento desde la noche anterior á la experimentación. Se ha hecho la radioscopia, que nada ha demostrado, y la radiografía en todos inmediatamente

de terminada la operación, sacrificando á los animales unos inmediatamente y otros pasadas dos horas de la operación, y, por último, en un caso he hecho simplemente una abertura estomacal para determinar qué parte corresponde al estómago y qué parte al intestino en la continencia de la abertura anastomósica.

Experimento 1.° Perro de 22 kilos; gastroenterostomía, 200 gramos de leche en 15 de bismuto. Radiografía poco clara. Se abre el vientre; el estómago está lleno de leche, nada en el intestino.

2.° Perro de 17 kilos. Igual que en el anterior. Radiografía: mancha negra limitada. El estómago lleno, nada en el intestino.

3.° Perro de 24 kilos. En ayunas desde el día anterior. Igual técnica, pero sin anestesia. Inyección de 300 gramos de leche con bismuto, sémola y una pequeña cantidad de carbonato de plomo. Radiografía: mancha limitada. Estómago lleno, nada en el intestino.

El 4.° y 5.° igual técnica, sólo que se abre el estómago á las dos horas; sigue el estómago lleno y nada ha pasado al intestino.

6.° Perro de 11 kilos. Ligadura del píloro, incisión cerca de la corvadura mayor de algo más de un centímetro, que ni se anastomosa ni se sutura. Inyección de 300 gramos de leche y bismuto. Radiografía. Al poco rato se abre el vientre; algo, muy poca leche ha pasado por la abertura del estómago á la cavidad peritoneal. El estómago está relleno y se ve que á cada esfuerzo que hace el animal se entreabre ligeramente la abertura estomacal y sale alguna gota de líquido.

Como se ve, los resultados son iguales, y tanto la primera como la segunda serie demuestran que el píloro recién formado es continente desde el primer momento y confirma, por lo tanto, lo que hace ya tiempo vengo defendiendo: que la gastroenterostomía sólo está indicada para combatir los trastornos de orden mecánico ó que de lo mecánico dependen.

¿Qué resultados han dado las 48 gastroenterostomías? Mi estadística es desastrosa: 24, es decir, la mitad, han muerto en la Clínica, lo cual significa muerte en un plazo próximo á la operación, pero este hecho necesita una explicación. Es fácil procurarse una buena estadística escogiendo los enfermos, pero en este caso no se puede hablar del valor de una operación en una enfermedad determinada, sino valor de una operación en los enfermos escogidos; por esta razón, decidido á saber cuál es el valor de la operación radical y de la paliativa en el cáncer del estómago, he operado todos los enfermos que se han presentado á mi observación y que no estaban caquécticos, por más que algunos estaban tan demacrados por falta de nutrición, que era preciso someterles á tratamiento previo de inyecciones de suero para poder operarles en relativas condiciones de resistencia; y una vez hecha la laparatomía, he hecho, cuando ha sido posible, la resección, cuando no la gastroenterostomía, y cuando no, como ya he indicado, salvo los dos casos de yeyunostomía, he cerrado el vientre.

Las 48 gastroenterostomías se clasifican así: 12 gastroenterostomías Roux, retrocólica posterior, con 3 muertos en la clínica y 9 curaciones operatorias; 3 Roux anteriores retrocólicas con una curación y 2 muertes; en 15 hice el procedimiento de Rusca retrocólico posterior, con 7 curaciones y 8 muertes; 6 Rusca anterior retrocólica, con 3 curaciones y 3 muertes, y 9

Rusca anterior antecólica con 3 curaciones y 6 muertes, 3 anastomosis simples, antecólicas y anteriores, con una curación y 2 muertes.

A primera vista, comparando los 15 Roux con 10 curaciones y 5 muertes con los 30 Rusca con 13 curaciones y 17 muertes, parece que todas las ventajas están de parte del Roux, y que debía proscribirse el Rusca, pero esta diferencia es más aparente que real; siempre que puedo, por las condiciones del individuo, hago el Roux, que es el procedimiento que más satisface á mi inteligencia; cuando tengo que ir de prisa, porque el enfermo no tolera operación larga, entonces hago el Rusca, que es mucho más sencillo y se hace mucho más pronto que el Roux; por esto, porque el Rusca es para los casos en que hay que aprovechar el tiempo, para los casos malos, es por lo que la mortalidad es mucho más elevada; es decir, no es el procedimiento, son los casos los que determinan la mayor mortalidad.

La demostración la dan los hechos siguientes: las 5 muertes del procedimiento Roux son: dos debidas al colapso, por esto me inclino para tales casos al Rusca; uno murió de *delirium tremens* al mes de operado, y los otros dos se fueron extinguiendo sin trastorno alguno.

Las 17 muertes de los 30 Rusca son: 2 de hematemesis, una de delirio agudo (había grandes lesiones de páncreas), 5 de colapso (se comprende que en los casos que se habla de colapso la autopsia ha sido negativa y no ha reaccionado el enfermo); 5 se han extinguido en la cama por evolución de enfermedad (uno de ellos á los dos meses); una muerte accidental: estrangulación herniaria y muerte á pesar de la quelotomía; un caso de peritonitis purulenta, y queda sólo un caso en que el único síntoma fueron los vómitos y la intolerancia absoluta del estómago. ¿Era del procedimiento, ó era que eran tales las lesiones, que tuve que hacer la anastomosis anterior, anticólica y en el fondo mayor?

De las dos muertes por gastroenterostomía simple, una de ellas fué debida á peritonitis; en la otra murió por extinción.

Los casos de colapso en operación tan rápida como es el Rusca y los muertos por extinguirse los enfermos, demuestra las condiciones en que han sido operados é indica las contraindicaciones que los cánceres de estómago pueden tener á cualquiera intervención, por benigna que sea.

¿Qué ha ocurrido en los otros 24 casos que han salido curados de la Clínica? Hay una observación que yo no sé cómo interpretar: se trata de un hombre de sesenta años en el que hice una gastroenterostomía Roux el 11 de noviembre de 1905; estaba demacradísimo; ningún síntoma ulceroso; lo primero que notó fué el tumor; éste era enorme de píloro y extendido á hígado y páncreas; había anaclorhidria. El enfermo salió muy mejorado de la Clínica y la mejoría ha continuado, ha persistido, y hoy, salvo algunos trastornos muy ligeros, el enfermo se considera curado.

En los otros 23 casos se han observado los siguientes resultados: todos han beneficiado de la operación; en buen número de casos, casi la mitad (11 observaciones), consta que después de la operación cesaron los vómitos y los dolores, mereciendo recordar uno de estos casos: se trataba de un individuo con un cáncer de la cara anterior del estómago que había dado origen á un estómago biloculado origen de grandes dolores; la gastroenterostomía produjo tal alivio en los vómitos y dolores que se pudo considerar

como curado, cuando de pronto, á los cuatro meses, se ulceró la pared abdominal, quedando al descubierto un tumor enorme ulcerado que en poco tiempo le condujo á la muerte; en algunas observaciones podían los enfermos tolerar la alimentación sólida y toda clase de alimentación, con lo cual dicho está que tampoco había vómitos ni dolor, y de los 8 casos en que así se consigna, uno de ellos operado en abril de 1904, siguió sin el menor trastorno hasta enero de 1905, en cuya época el enfermo notó la existencia del tumor; en 2 casos desaparecieron los vómitos, persistiendo algo el dolor; en una observación la muerte sobrevino, pasados algunos meses, sin trastornos gástricos, y en las observaciones restantes se consigna que al salir de la Clínica salían los enfermos muy aliviados; en todos ellos el primer síntoma que mejor es el enflaquecimiento.

En resumen, la gastroenterostomía es un tratamiento paliativo de los cánceres inoperables que en la mitad de los casos, según mi estadística, produce alivios reales, siquiera, por desgracia, sean pasajeros, y los enfermos se nutren porque desaparecen, como hecho casi constante, los vómitos y en gran número de casos el dolor; pero bueno es consignar que la alimentación sólida sólo se tolera en la tercera parte de los casos.

El tratamiento del cáncer del estómago, tratamiento curativo, es la extirpación; el cáncer del estómago no tiene más tratamiento, al igual que todos los cánceres, sea cual fuere el sitio en que radique, que la extirpación completa del mal; es una enfermedad esencial y únicamente quirúrgica, entendiendo por ello que es una de aquellas enfermedades en las cuales es completamente inútil el empleo de medios dietéticos y farmacológicos, que sólo alivian síntomas y no combaten enfermedad y cuyo único tratamiento, hoy por hoy, es la extirpación.

Mi profesión de fe en este punto se sintetiza reproduciendo en lo fundamental las ideas vertidas en el Congreso español de 1864 celebrado en Madrid, en el cual el Dr. Sánchez Toca, una de las glorias de la cirugía española, decía que el cáncer es una enfermedad local, que para los cirujanos los cánceres tienen que ser enfermedades locales y que en los primeros períodos no debe haber reproducciones si la extirpación está bien hecha; y yo, acepto estas ideas, que he defendido siempre, y á medida que he operado más tumores malignos, más firme es mi convicción que el cáncer es una enfermedad local, que la cirugía cura el cáncer y que las reproducciones se deben á operaciones incompletas; y estas tres ideas fundamentales son las que, á mi entender, se deben aplicar y aplico á la terapéutica del cáncer del estómago, quedando justificada la intervención quirúrgica.

Admitiendo que la operación se impone inmediatamente que se sospeche la existencia de un cáncer del estómago, puede extrañar que de 94 laparotomías por cáncer de estómago, sólo en 29 he hecho la gastrectomía, lo cual significa que en la mayoría de los casos llegan tarde los enfermos á manos del cirujano, unas veces por diagnóstico tardío, otras por preocupaciones médicas, siempre respetables, pero que constituyen una rémora, por lo menos en España, á que la extirpación del estómago se convierta en una operación corriente.

De las 29 gastrectomías, 28 corresponden á epiteliomas, algunos de ellos y precisamente en las resecciones más extensas, desarrollados sobre un pro-

ceso ulceroso; y una á un sarcoma no diagnosticado clínicamente y sí sólo por el análisis microscópico. De ellas, siguiendo la clasificación de J. Boeckel, 13 son subtotales y 3 de ellas se pueden considerar como totales, unión de esófago ó duodeno, quedando en la parte inferior de éste una pequeña lengüeta de píloro, unión de cardias con el tercio medio del duodeno, unión de cardias con duodeno, y como en 6 de ellas se obtuvo la curación terapéutica, se puede sentar que la extirpación del estómago, por extensa que sea, es perfectamente posible y perfectamente tolerada. Para que no quepa duda alguna acerca del significado de la subtotal, sólo incluyo aquellas en las cuales se ha extirpado las 3/4 partes ó cuando menos los 2/3 del estómago, resultando que en varios casos la porción de estómago que queda una vez hecha la sutura no tiene más dimensiones que las de un intestino.

En 4 casos he extirpado medio estómago, incluyendo el píloro; en 6 la extirpación fué parcial: píloro y una zona de estómago de unos 10 centímetros, lo cual se aproxima mucho á la mitad de estómago; en 2 observaciones, extirpación de píloro y tercio de estómago; una gastrectomía anular por estar sano el píloro, y sólo 3 observaciones se pueden calificar de pilorectomías.

De este resumen se deduce que en la inmensa mayoría de los casos se trataba de lesiones extensas, lo cual significa que la extensión de las lesiones gástricas no contraindica por sí sola la operación; pero si bien el hecho es cierto, y tomándolo sin explicaciones pudiera significar que en todos los casos se puede hacer la gastrectomía, la cual no se compagina con las laparotomías exploradoras y las gastroenterostomías que me he visto precisado á hacer, no hay que olvidar que la extirpación tiene sus límites ya por hechos dependientes del estado general, ya por hechos locales, porque la gastrectomía sigue siendo una operación grave, y por lo tanto hay que contar con el factor resistencia del individuo y además la lesión puede no estar limitada al estómago; las adenopatías son frecuentes, y si no se pueden extirpar, la operación cuando menos es inútil y aún más que las adenopatías la gravedad depende de las lesiones concomitantes de páncreas é hígado, y si bien es cierto que en algunas gastrectomías he hecho á la vez extirpación de porciones más ó menos extensas de páncreas y de hígado, no me cabe duda que la gravedad aumenta de un modo considerable, hasta el punto que como no sea la lesión muy circunscrita, muy limitada, creo que en tales casos lo más prudente es ó cerrar ó limitarse á una gastroenterostomía, si ésta puede llenar una indicación.

Antes de indicar los resultados de las 29 gastrectomías, voy á decir algo de los procedimientos operatorios empleados.

Siempre que puedo hago la anastomosis directa de los dos trozos, cardíaco y duodenal, achicando el primero cuanto sea preciso para unirlo con el segundo (primer procedimiento de Billroth); sólo en un caso no he podido aproximar los cabos y he hecho la exclusión del duodeno y uniendo al cabo cardíaco la primera asa del yeyuno. La única objeción que encuentro valedera contra este procedimiento, es la posibilidad de que falle la sutura; pero esto no es contra el procedimiento, sino defecto de sutura; hágase bien y nada hay que temer.

De los 28 casos sólo en uno hubo separación de los dos trozos; pero pre-

cisamente en tal caso no hubo la menor tracción para reunir los dos cabos; en cambio en la autopsia se encontró una enorme neoplasia del páncreas.

Voy á decir el por qué de tal preferencia: en las extirpaciones totales y subtotales, ó se aproximan los dos cabos, porque no queda estómago para hacer otra cosa, ó hay que excluir el duodeno y hacer la anastomosis gastrointestinal; me parece más natural y lógico el primer procedimiento siempre que se pueda. En las pilorectomías cualquier procedimiento dará buen resultado, y es tan corta la diferencia entre el diámetro de los dos cabos, que á veces no hay necesidad de achicar el cabo cardíaco; y sólo quedan para discutir las extirpaciones de píloro con pequeñas porciones de estómago, ó porciones muy parciales de estómago, en las cuales por quedar gran parte de estómago cardíaco se puede adoptar el segundo procedimiento de Billroth ó cualquiera otro procedimiento; para mí lo que más se aproxima á lo normal es la anastomosis directa, y como por otra parte el examen de los resultados me demuestra que la causa de la muerte en el grupo en que podemos elegir el procedimiento, no depende de la anastomosis directa, de ahí que siga dando la preferencia á este procedimiento.

Resultados: 3 gastrectomías que se pueden considerar totales: 2 curaciones y un muerto.

10 subtotales: 4 curaciones con 6 muertos.

4 extirpaciones de píloro y mitad de estómago: 2 curaciones y 2 muertos.

2 extirpaciones de un tercio de estómago: 2 muertos.

9 pilorectomías (3 típicas y 6 con porción de estómago): 6 curaciones y 3 muertos.

1 extirpación anular: 1 curación.

Total: 29 gastrectomías con 15 curaciones y 14 muertos.

Causas de muerte.—En la total tuve que extirpar parte de lóbulo cuadrado y gran parte de cabeza de páncreas: fístula al quinto día, y muere de inanición al noveno. Autopsia: separado el cabo duodenal del cardíaco, no por ceder la sutura, sino por reblandecimiento, constituyendo la cara posterior un enorme cáncer del páncreas. Ninguna forma de unión hubiera evitado el hecho.

Subtotal: 6 muertes; una mujer de colapso inicial durante la operación; otra de autopsia absolutamente negativa y sólo con fenómenos de excitación y delirio; las otras 4 de peritonitis. En una de ellas había ascitis, y cada vez temo más á la ascitis en las operaciones del aparato digestivo; la sutura intacta; en otro caso la muerte ocurrió á los ocho días, la enferma no había tenido trastornos digestivos, tolerando bien la leche; en la autopsia, absceso entre la cara anterior del estómago y la pared abdominal; sutura íntegra. El otro caso de peritonitis se refiere precisamente al caso de exclusión duodenal; la enferma se quitó el apósito, y la infección no cabe duda que fué de la herida operatoria; sólo en un caso la peritonitis estaba relacionada con la sutura, y es que, durante la operación, no fué posible liberar del todo el duodeno y la sutura comprendía tejidos alterados; cedió en dicho punto, habiendo dos abscesos que comunicaban: uno dentro del estómago y otro en el colon transverso.

Píloro y mitad de estómago: un muerto de colapso, otro de hemorragia al desprenderse una ligadura-sutura de cabeza de páncreas.

[illegible] de un tercio de estómago con lesión de cabeza de páncreas, [illegible] sanguíneos en el mesocolon; otro muerto de broncopneumonía.

[illegible] más ó menos circunscriptas: 3 muertos, 1 de broncopneumonía, otro de colapso, el tercero murió á los cinco días y la autopsia no [illegible] las causas de la muerte.

[illegible] en resumen: 1 de fístula alimenticia, 4 de peritonitis, 3 de colapso, 2 de [illegible] por lesiones del páncreas, 2 de broncopneumonía y 1 cuya causa no ha sido posible determinar.

Las 15 curaciones operatorias han dado los siguientes resultados definitivos:

Las totales: las dos curaciones persisten, datan del 4 de marzo de 1899 y [illegible] de abril de 1904.

Las 4 subtotales: una de ellas murió al mes de operada de una supuración perirrectal, que nada tenía que ver con la operación; una operada en 10 de mayo de 1899 seguía bien hace poco tiempo; una operada en diciembre de 1901 seguía sin novedad alguna á los dos años de la operación, y el último enfermo, operado en abril de 1907, sigue bien en la actualidad.

El enfermo de la extirpación anular, seguido durante dos años, no ha experimentado trastorno alguno.

Los dos curados de extirpación de mitad de estómago, uno murió al mes de operado de fenómenos antiguos broncopulmonares; la otra operada en agosto de 1907 sigue sin novedad.

De los 6 curados de pilorectomía más ó menos extensa, 1 operado en 9 de noviembre de 1900, murió sin señales de reproducción en mayo de 1904 (que también los resecados de estómago pueden morir de otras cosas); otro operado en 19 de junio de 1902 sigue bien; el operado el 20 de noviembre de 1902 sigue sin novedad, así como la enferma operada en 6 de junio de 1903. Otra observación es muy reciente, pero la debo citar; operado en enero de este año en un estado de enflaquecimiento deplorable por ser la estenosis muy pronunciada, el enfermo ha recuperado completamente la salud y sigue sin el menor trastorno.

Y queda un caso curioso: hombre de treinta y seis años; pilorectomía el 29 de enero de 1903; sigue sin la menor novedad hasta junio de 1907, es decir, cerca de cuatro y medio años, que empieza con nuevos trastornos que le obligan á ingresar en la Clínica; al hacer la gastroenterostomía (Rusca) retrocólica posterior el 18 de enero de 1908, por la abertura estomacal, introduzco el dedo y encuentro muy próximo al píloro, de nueva formación, un tumor ulcerado pero muy circunscripto, que no puedo extirpar por las adherencias que el estómago tiene. El enfermo sale de la Clínica sin la menor molestia.

La única conclusión que deduzco es la necesidad absoluta de diagnóstico precoz para que se multipliquen las pilorectomías, porque las subtotales y totales siguen siendo operaciones gravísimas, pero siempre lo único racional que se puede hacer en tales casos de cáncer gástrico es la intervención quirúrgica.

Tratamiento del cáncer del intestino.—El Dr. *F. Voelck* (de Heidelberg) expuso los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer intestinal.

1.° Cáncer de los intestinos delgado y grueso, exceptuando el recto.—Durante diez años se han operado en la clínica quirúrgica de Heidelberg 101 casos de cáncer intestinal. La mortalidad operatoria ha sido de 41 por 100.

a) Cáncer del intestino delgado.—Es rarísimo y está localizado casi exclusivamente en el duodeno. Su diagnóstico es dificilísimo. De 25 casos que se han publicado, 14 fueron seguidos de muerte. Los sarcomas son más frecuentes. De 5 casos tratados en la clínica de Heidelberg, 4 murieron á consecuencia de la operación.

b) Cáncer del ciego.—Este cáncer ocasiona rara vez fenómenos de obstrucción, motivo por el cual la enteroanastomosis es poco eficaz en estos enfermos. Su único tratamiento racional es la resección.

c) Cáncer del intestino grueso.—Lo que caracteriza este cáncer es que puede quedar mucho tiempo latente, de modo que á veces el tumor es inoperable cuando se descubre. A pesar de esta desventaja, se han obtenido éxitos quirúrgicos notables. Pueden practicarse tres clases de operaciones: el ano contranatural definitivo, la enteroanastomosis ó la exclusión intestinal, y finalmente, la resección.

2.° Cáncer del recto.—La extirpación del recto canceroso por la vía baja, da, según la estadística de varios cirujanos, una mortalidad inmediata de 15 por 100. Según ciertas operaciones, se obtiene el 25 por 100 de curaciones durables. La operación combinada (amputación abdominoperineal, resección abdominococcígea) es el método del porvenir á condición de perfeccionarle. Actualmente la amputación abdominoperineal no es más peligrosa en la mujer (15 por 100 de mortalidad poco más ó menos) que la operación por vía baja, y los resultados lejanos son mejores (40 á 50 por 100 de curaciones durables); en cambio en el hombre esta operación en más peligrosa, puesto que su mortalidad llega al 40 ó 50 por 100. Cuanto á la resección abdominococcígea, es imposible hoy formular un juicio definitivo; su mortalidad es también elevada (próximamente 40 por 100).

El Dr. *Tixier* (de Lion) expuso las ventajas de la histerectomía abdominal total previa en el tratamiento del cáncer del recto y del colon pelviano. La histerectomía, según él, facilita ó hace posible la ablación de los cánceres más voluminosos de la porción terminal del intestino grueso; permite, en ciertos casos de cáncer de la parte superior del recto y de la inferior del colon, conservar la función del esfínter, asegurando la posibilidad de practicar la enterectomía sólo de la porción enferma, seguida de enterorrafia circular; finalmente, permite hacer el desagüe perfecto del campo operatorio.

Por lo general, á causa de la edad de los enfermos y de su estado de debilidad, conviene operar en dos sesiones separadas por un intervalo de quince días á tres semanas.

El Dr. *Bachrach* (de Viena) indicó los resultados de 320 extirpaciones de cánceres del recto practicadas por la vía sacra en la clínica del profesor Hochenegg, de Viena. En esta cifra no están incluídas más que 23 amputaciones del recto; el número de extirpaciones rectales se eleva á 160. Esta extirpación ha terminado siempre, excepto en casos contados, por el establecimiento de un ano sacro, al que Hochenegg sigue dando la preferencia,

y que se consigue hacer continente por completo, merced á una pelota inventada por este cirujano.

Siempre que se ha podido conservar la porción esfinteriana del recto (137 casos), se ha resecado este intestino y reconstituído el conducto intestinal por uno de los tres procedimientos siguientes: fijación del cabo superior en el ano, invaginación del cabo superior en el inferior, sutura circular de los dos cabos intestinales.

De 52 casos en los que se empleó el primer procedimiento y que sobrevivieron á la operación, en 40 la continencia del ano era perfecta y en 10 satisfactoria. El procedimiento de invaginación se ejecutó 7 veces: de 6 enfermos que sobrevivieron, en 3 la continencia era perfecta y en 3 parcial. La sutura circular se practicó 65 veces con 6 muertes operatorias; de los 59 enfermos restantes, la continencia es perfecta en 50 y en 9 sólo existe para las materias fecales duras.

Hochenegg ha logrado extirpar por la vía sacra, sin grandes dificultades, cánceres cuyo límite inferior llegaba á más de 20 centímetros por encima del orificio anal. Así se explica que este cirujano sólo haya recurrido 8 veces al método abdominosacro, que considera como una operación de necesidad indicada sólo en los casos imprevistos en que el colon pelviano, fijo por adherencias rígidas, no puede hacerse descender lo suficiente por la vía sacra ó cuando esta vía no da acceso suficiente para contener una hemorragia procedente de un sitio elevado. De estas 8 operaciones abdominosacras, 5 fueron seguidas de muerte y 3 enfermos sobrevivieron, pero en 1 hubo recidiva.

La mortalidad en globo de las operaciones por vía sacra practicadas por Hochenegg ó sus ayudantes es de 13'7 por 100 (44 muertes en 320 casos). Cuanto á los resultados terapéuticos, Bachrach ha visto que sólo 37 operados vivían sin recidiva después de los tres años, lo que da una proporción de curaciones durables de 17'8 por 100. — F. Toledo.

(*Continuará*).

REAL SOCIEDAD DE MEDICINA DE LONDRES

Sección de Ginecología y Obstetricia.

Sesión del día 8 de Octubre de 1908.

Vicio de conformación de la uretra del feto como causa de distocia.—El doctor *J. Evan Spicer* leyó un trabajo sobre este asunto, ocupándose de la secreción de la orina en el feto. Una uretra imperforada, dijo, no perjudica el desarrollo general intrauterino ni crea necesariamente otras complicaciones. Solo es peligrosa cuando el riñón del feto segrega una gran cantidad de orina. Esta secreción se cree que es patológica, porque en estado normal los riñones del feto dejan filtrar un líquido acuoso, pero en cantidad insignificante. Los riñones no son órganos secretorios durante la vida intrauterina, excepto cuando se trastorna el mecanismo normal, por el cual la madre desempeña la función excretora del hijo. Este mecanismo depende de la integridad de la circulación combinada y se efectúa por la

placenta. La ruptura fisiológica puede decirse que coincide con el principio del parto ó comienza algo antes, de modo que al nacer la criatura su vejiga contiene orina.

El Dr. *H. Spencer* dijo que no acepta la teoría admitida durante tanto tiempo, de que el feto segrega normalmente orina, la que se mezcla con el líquido amniótico durante el embarazo. Ha observado, cuando menos, media docena de casos de estenosis de los uréteres en recién nacidos, en los que los uréteres estaban distendidos por la orina por encima de la obstrucción; en un caso el ureter distendido fué una causa de distocia. Cuando faltan los riñones, el líquido amniótico es muy escaso. Respecto á la afirmación de que las secreciones fetales son nulas antes del nacimiento, no es exacta.

El Dr. *Alban Doran* manifestó que había observado recientemente un caso de oligohidramnios, en el que el feto carecía de los dos riñones y tenía vacía la vejiga. Las cápsulas suprarrenales estaban hipertrofiadas. La falta de los riñones concuerda, al parecer, con la teoría de que el líquido amniótico es suministrado principalmente por el feto.

El Dr. *W. S. A. Griffith* dijo que los casos referidos prueban que la imperforación de la uretra no es seguida necesariamente de distensión de la vejiga fetal, y que se inclina á aceptar la hipótesis del Dr. Spicer, de que el trastorno del aparato secretorio normal del feto, á través de la placenta, es la causa de la actividad renal antes del nacimiento y que esta actividad durante la vida intrauterina es, por lo tanto, patológica. Se acepta comunmente la hipótesis de que el feto puede vaciar su vejiga en el saco amniótico cerrado, pero esta hipótesis no se funda en hecho evidente alguno.

(*The Britisch Med. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Progresos en el tratamiento de la diabetes.—El Dr. Romberg, de Tubinga, estima que los progresos que se han hecho en el tratamiento de la diabetes se pueden reducir á tres categorías de hechos: 1.ª El conocimiento de las diferencias cualitativas y cuantitativas que presenta la perturbación del metabolismo nutritivo en cada caso particular. 2.ª El conocimiento más completo á que se ha llegado de la acidosis diabética. Y 3.ª El haber comprendido que el régimen dietético tiene que subordinarse al buen estado de nutrición del paciente.

En el primer concepto se ha comprendido que, en cada caso particular de diabetes, es preciso que estimemos su grado de tolerancia respecto á los hidratos de carbono. Recuerda el autor, con este motivo, que las patatas se asimilan en triple cantidad que el pan blanco, y que hay casos en que se tolera muy bien la harina de avena. Se observa, además, que algunos diabéticos, cuya glicosuria no desaparece, á pesar de abstenerse con todo rigor de los hidratos de carbono, consiguen dicha desaparición reduciendo la cantidad de substancias albuminoideas ingeridas. En los casos de poca

tolerencia, se aconseja una alimentación en que predominen legumbres dos veces por semana, y cubrir la necesidad de calorías con el consumo abundante de alcohólicos. Fuera de este caso, el autor no es partidario, en general, del uso de los alcohólicos en la diabetes.

El tratamiento aconsejado por el autor tropieza á veces con obstáculos, y entre ellos figura en primer término la repugnancia del enfermo al régimen parco en hidratos de carbono. Son estos los casos en que, por una especie de paradoja, cuando se aumenta la cantidad de hidratos de carbono disminuye la glicosuria, á causa de que con el nuevo régimen dietético mejoran la alimentación y el estado general.

Un hecho parecido se observa en la grave complicación que se conoce con el nombre de acidosis, complicación que obliga á suspender temporalmente la dieta antidiabética, no obstante lo cual hay casos en que disminuye la glicosuria.

En la acidosis diabética presta muy buen servicio la cura de avena, de Noorden. Si cuando se emprende el tratamiento la orina ya contiene mucha acetona ó ácido diacético, habrá que proceder con mucha cautela en la restricción de los hidrocarbonados. Si la acidosis sobreviene durante el período de abstinencia de estas substancias, procédase en el acto á dar 100 á 200 gramos de pan blanco, sin temor á la glicosuria, y al mismo tiempo prescríbase el bicarbonato sódico á grandes dosis (50 á 100 gramos al día).

Comparados con el régimen dietético, tienen una importancia muy subordinada los demás medios, y sobre todo los medicamentos. Mejor servicio prestan las aguas minerales alcalinas, pero á condición de insistir en el régimen antidiabético. Respecto al ejercicio intenso que se ha aconsejado para quemar mejor el azúcar, hay que proceder con mucha cautela, y lo mismo hay que decir de las curas de agua fría. En general, á los diabéticos les va mejor con el calor y el reposo que con el frío y el mucho ejercicio.

(*Württ. Med.*, Korr-Bl. – 28-08.—R. DEL VALLE.

Tratamiento del cólera. — El Dr. R. W. Burkitt ha empleado con éxito en Assonan el siguiente tratamiento del cólera. Hace lo antes posible una inyección hipodérmica de centígramo y medio á 2 centígramos de morfina. Si hay colapso, practica á la vez una inyección intravenosa de suero fisiológico. Con la morfina cesan inmediatamente los vómitos, la diarrea, los cólicos y los calambres. El enfermo queda completamente tranquilo y bebe en abundancia agua ó té y después se duerme durante varias horas. Al despertar no presenta signos de colapso y aunque á veces tiene uno ó más vómitos, éstos son morfínicos y distintos por completo de los coléricos. El enfermo debe permanecer á dieta absoluta por espacio de veinticuatro horas. A veces se observa reproducción de los síntomas coléricos, probablemente por infracciones en el régimen, pero cesan definitivamente con una nueva inyección de centígramo y medio de morfina. Con este tratamiento han curado todos los coléricos en quienes se empleó antes de que el colapso fuera profundo y muchos que se hallaban al parecer moribundos. Conviene advertir que la mortalidad de la epidemia era de 95 por 100.

(*Britisch Medical Journal.* — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONGRESO NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

Celebrado en Zaragoza del 2 al 6 de Octubre de 1908

POR EL

DR. D. ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico, por oposición, del Hospital Provincial.

I

Entre los festejos dedicados á conmemorar el primer Centenario de la épica lucha que Zaragoza sostuvo en favor de su independencia, tal vez no haya habido alguno como el Congreso de la tuberculosis, por su resonancia, por su éxito y porque ha demostrado una vez más el vigor intelectual de la clase médica, y sobre todo, que ésta sabe responder siempre al logro de una idea. Allí han concurrido médicos de todas las regiones de España, pensando con criterios muy diversos en lo que se refiere á la manera de conseguir mejor resultado en la lucha contra la tuberculosis, y no sólo han concurrido médicos, sino filántropos y sociólogos que por sus aficiones están en apariencia lejos de las nuestras, pero que ayudaron con sus conocimientos á ilustrar muchos puntos de difícil aplicación en lo que se refiere á las relaciones de la higiene con la legislación, y á las relaciones de la profilaxia con el Código penal, aportando con sus informes una suma de conocimientos muy necesarios para fortalecer nuestros ánimos y seguir en la campaña emprendida, que aun cuando en la creencia de algunos es de escasos resultados, si se rehicieran las estadísticas á contar desde el año 1888, como nos proponemos hacerlo, en que dimos el primer grito en favor de esta campaña, hasta hoy, se vería cómo ha descendido la cifra de morbilidad y de mortalidad por tuberculosis, aun sin haber

llegado no ya al desideratum, sino á resolver muy pocos de los problemas que encierra la lucha antituberculosa.

Antes de analizar detenidamente este Congreso, cúmplenos agradecer las deferencias que hemos recibido de su Junta organizadora representada muy especialmente por el ilustre clínico Dr. Iranzo, y por el distinguido médico de Zaragoza Dr. Cerezo, Presidente y Secretario que han hecho una labor que ni ellos mismos pueden considerar en todo lo que vale, porque han realizado una obra para la que no parecía preparada, no ya Zaragoza, sino España entera.

Las Secciones han trabajado con verdadera fe, incluso un domingo, hasta altas horas de la noche algunas, y todas han llegado, lo que pocas veces sucede, á dar por completamente terminada su labor, trayendo á la sesión general de clausura una serie de conclusiones, en las que se han sintetizado las diversas opiniones reinantes entre los congresistas, no dejando cabo suelto y habiéndose leído todos los trabajos presentados. Por esto reiteramos aquí nuestro agradecimiento personal, y además, como españoles, nos vanagloriamos de que haya una página tan hermosa en nuestra historia como la realizada por el primer Congreso nacional celebrado en Zaragoza en el mes de octubre, relativa á la campaña antituberculosa.

Cumplido el deber, para mí más ineludible, de agradecer las deferencias que con nosotros han tenido en Zaragoza, hemos pensado que de dos maneras podíamos exponer los trabajos de este glorioso Congreso: ó de una manera analítica ó de una manera sintética.

La primera corresponde al libro de actas, que dará á conocer en su día todos los trabajos y la enumeración personal de cada uno de los luchadores, mostrando las verdaderas joyas que, salvo mi personalidad, se han llevado á este Congreso; los altísimos puntos de vista, las investigaciones propias y los hechos de decisiva influencia, y, en una palabra, cuanto ha contribuído al resultado colectivo, que resumirá las conclusiones del mismo.

La otra manera es la de considerar si en él se han manifestado verdaderas aspiraciones y tendencias en la lucha, que pudieran encauzar los hasta ahora algo dispersos esfuerzos de todos nosotros, sin nombrar para nada trabajo por trabajo, sino marcando en la suma total de ellos las tendencias de este Congreso de Zaragoza.

Aun en esta síntesis cabían dos maneras de hacerla: una la del turista que, como otras veces, fué al Boletín de nuestro perió-

dico, impresiones del momento, mezclando lo útil á lo agradable, lo que pertenece al concepto científico y lo que pertenece al concepto de relación entre los congresistas, en la acostumbrada forma de cartas. Otra la del luchador que en pleno fragor del combate hace la crónica de la batalla y procura elevar, en cuanto sea posible, á altas consideraciones las enseñanzas de la campaña para fundamento de las batallas sucesivas. Más fácil nos hubiera sido el primer método que el segundo; unas cartas sin transcendencia, algunas escritas á vuelapluma, y sólo como crónica diaria del Congreso, hubieran podido dar á conocer á nuestros lectores algo de lo allí sucedido, pero la importancia de la Asamblea nos ha decidido á la segunda manera, aun á trueque de no llegar á realizar nuestro pensamiento, poniendo en él cuanto podamos para que quede á la altura que se merece, como decíamos antes, en la historia de nuestra lucha, el Congreso de Zaragoza.

Este Congreso nació de una proposición de mi queridísimo amigo el Sr. Royo y Villanova. Al reunirse los médicos para conmemorar, como todas las clases sociales de Zaragoza, el glorioso recuerdo de nuestra independencia, se vió de tal manera grande la parte que la tuberculosis debía tener en un Congreso de Medicina General, que podemos decir que asustó, y no son los aragoneses gente asustadiza, la magnitud del problema, y creyendo en su opinión que llegarían á más abarcando menos, dejaron como único problema médico el estudio de la tuberculosis en sus principales aspectos.

Antes de entrar por completo en el análisis de este Congreso, es conveniente advertir que, como no ha sido el primer Congreso antituberculoso, tiene ya antecedentes desde el primer Congreso celebrado en París hasta el que, coetáneamente con el nuestro, se celebraba en Washington; y estos antecedentes son de interés, puesto que el primer Congreso contra la tuberculosis celebrado en París, al que acudimos un centenar de médicos, sólo tuvo carácter nacional, y la cortesía francesa hizo que se nos admitiera á los que teníamos en aquel momento, como en casi toda nuestra vida científica, un ideal casi único, cual es el de trabajar contra la tuberculosis.

Aquel primer Congreso fué esencialmente médico, entendiendo por medicina la humana y la veterinaria, y sirva esta evocación de gratísimo recuerdo para el malogrado Secretario Sr. Martín, que fué el alma y el iniciador de todos los desarrollos á que han llegado los

Congresos antituberculosos, pero cada uno de los que se han ido sucediendo, que no hemos de hacer la historia de ellos, ha ido adquiriendo cada vez más complejidad en su composición trayendo á su seno todos los luchadores de esta campaña, tanto médicos como sociólogos, hombres de derecho, hombres de corazón, la mujer y hasta el niño, é interesando á los poderes públicos de tal manera que hoy casi no hay partido político ni escuela sociológica que no tenga en su bandera la campaña sanitaria, y nos enorgullecemos al creer que esta campaña sanitaria no había nacido en ninguno de los Congresos generales de medicina, hasta la realización de los Congresos de Higiene y de los Congresos Antituberculosos. Así, pues, el Congreso de Zaragoza ha revestido igual fisonomía que los últimamente celebrados en Londres y en París. El carácter de sus trabajos, la importancia de las personas que á él han concurrido, la presencia de eminentes jurisconsultos, de militares, de sacerdotes, de hombres del comercio, de industriales, en una palabra, de todas las clases sociales, ha constituído la nota dominante de este Congreso, siendo la medicina tanto humana como veterinaria, si no un accidente, por los menos no el cimiento único de este fausto suceso.

Hay quien supone que el problema de la tuberculosis no debe ser un problema aislado, sino un aspecto del problema higiénico general. Si sólo se tratara de su estudio, si no necesitara mayor amplitud su campaña, mayor tesoro su hacienda, ciertamente que como problema no puede desprenderse del general de la higiene. Nadie duda que no hay nada más que una patología, una medicina, pero se integran en esta patología y en esta medicina tal multiplicidad de problemas, que la necesidad del trabajo hace que se subdividan sus ramas al extremo que algunas de ellas, por ejemplo, la profilaxia, la inmunidad en patología general, constituyen trabajos capaces para la vida de una generación, y así el problema de la lucha antituberculosa como enfermedad social exige una serie de esfuerzos, una serie de estudios tan definidamente particulares, que sin separarse en la mayor parte del aspecto del problema general, como solución tiene en nuestro concepto un aspecto enorme, constituye un estado dentro de la federación de los conocimientos de la higiene, que se desprende como fruto maduro del árbol y pide constituciones nuevas y nuevos organismos dentro de la higiene general.

Hechas estas consideraciones generales, vamos á adelantar á nuestros lectores la forma en que pensamos sintetizar nuestro pen-

samiento. Nos ocuparemos primero del problema social, después del problema de laboratorio, luego del problema de profilaxia, y, por último, trataremos el problema clínico, dejando la noción etiológica comprendida en los tres primeros, y reservando para el segundo los problemas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin olvidar la profilaxia en su aspecto médico, puesto que el aspecto social corresponde al primer problema, dando por terminado este trabajo con algunas consideraciones acerca del tratamiento higiénico y del candente asunto de las tuberculinas. De esta manera creemos poder abarcar, aun sin alcanzarlo, cuanto ha informado el trabajo del Congreso que estamos analizando.

II

En el aspecto social el Congreso ha hecho un trabajo de verdadero mérito, analizando todas las cuestiones que informan hoy el criterio de lucha antituberculosa en todo el mundo, considerándolo como eminentemente social y dividiéndonos en dos grandes grupos, los intervencionistas por el Estado á todo trance y los que hemos formulado conclusiones creyendo que el Estado no puede subvenir en ninguna nación, ni aun en Alemania, á los gastos totales de esta lucha y que era necesario pedirle sólo su cooperación como uno de los elementos más necesarios, pero no indispensables, y que, por lo tanto, no debía entorpecer ninguna acción particular, protegiendo todas las que nacieran, siempre que no fueran á parar á los reclamos y á la industrialización de esta lucha, aun cuando, á decir verdad, son temores pueriles, porque en la lucha antituberculosa por fortuna no ha habido hasta ahora nota discordante en este asunto, y aun cuando en París Curtois-Suffit habló contra los dispensarios-reclamo, por fortuna en España nos hemos salvado, y creo que así seguiremos, de este pequeño parásito, en obra tan hermosa.

Así como ha habido división en intervencionistas y no intervencionistas, también se han levantado voces en favor de los sanatorios sobre los dispensarios. No se ha perdido el eco de los éxitos primeros obtenidos en los establecimientos sanatoriales de Alemania y algunos creen todavía que la disminución de la tuberculosis en este afortunado país se debe á estos establecimientos, considerándolos como remedio infalible, y aquí si que España ha tenido suerte, tal vez premiando su apatía, puesto que no hemos malogrado enormes

capitales con rendimientos, en nuestra opinión muy escasos. La esperanza de una curación que informaba el criterio sanatorial ha ido poco á poco perdiéndose, y, por el contrario, han ido ganando todas las ideas de lucha antituberculosa fundamentadas en las medidas higiénicas y profilácticas, pero generales, en todos los momentos y en todos los pueblos, coadyuvando todos los esfuerzos sociales contra la tuberculosis y tal vez empleando algo mejor, siquiera con igual buena intención, los grandes capitales que representan los sanatorios.

No es esto decir que en el Congreso de Zaragoza no haya habido todavía espíritus como el del apóstol de este tratamiento, Dr. Moliner, que hayan elevado su voz elocuente á favor de ellos, pero casi todos hemos estado conformes en que la prueba hecha en Alemania debe convencernos de que con la mejor voluntad por parte del Estado y con el altruismo más grande de parte de la sociedad, es difícil contar con las enormes sumas que exige su fundación y entretenimiento, y opinando como el Dr. Chyzer, jefe de higiene y de salubridad pública en el Ministerio de la Gobernación de Hungría, en el Congreso de Zaragoza ha habido más partidarios de la lucha por los dispensarios que de la lucha por los sanatorios, sobre todo al considerar que al pobre tuberculoso todavía podría sostenérsele, pero que hay que contar con el sostenimiento de su familia, ó sea con un factor de difícil solución, si nosotros hospitalizamos en los sanatorios los tuberculosos al principio, que es cuando se obtienen resultados terapéuticos sorprendentes, puesto que, hospitalizándole al final de la enfermedad, ni el sanatorio ni el dispensario alcanzan los éxitos curativos.

Respecto á los dispensarios, también hubo dos opiniones, la opinión de dispensarios educativos solos y de dispensarios mixtos, ó sea educativos con aplicaciones de terapéutica desde el punto de vista clásico hasta el criterio experimental más amplio. Sin querer imponer nosotros opinión alguna sobre este juicio, creemos que el Congreso de Zaragoza se ha decidido más por los dispensarios educativos, y al mismo tiempo, tendiendo á la extensión del dispensario en la forma que pudiéramos comparar con la extensión universitaria, es decir, llevando por medio de personal inteligente á la casa misma del tuberculoso el consejo y el socorro del dispensario tal y como nosotros lo pensamos hacer en el que está para abrirse próximamente en Madrid, bajo el patronato de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia.

Estos establecimientos dispensarios tienen la ventaja de que con ligera subvención de parte del Estado pueden sostenerse, constituyendo preciosos instrumentos de profilaxia y siendo auxiliares de la acción social de esta campaña.

El servicio militar se ha examinado en el Congreso antituberculoso con gran altitud de miras, respecto á la idea de la patria, sin mezclar en estas discusiones nada que pueda recordar las luchas del militarismo y antimilitarismo tal como está planteado hoy en los partidos obreros, sino desde el punto de vista del servicio militar como predisponente y á veces ocasional de la tuberculosis. Se ha analizado desde el problema de la sustitución en filas, hasta el de los licenciados, es decir, del reconocimiento de los ingresados en filas hasta el destino de los que de ellas salían, reconociendo la necesidad de sanatorios que puedan recoger á los tuberculosos procedentes del ejército.

Asimismo, también se ha discutido acerca de la alimentación, equipo y acuartelamiento, y aun por algunos de nosotros y, ¿por qué no decirlo? por mí, se ha propuesto la desaparición de los grandes contingentes militares, reduciendo el tiempo de servicio y el número de hombres á los recursos que la nación puede tener para que el soldado esté bien alimentado, vestido higiénicamente y acuartelado en condiciones de que la tuberculosis no sea una de las causas mayores de mortalidad de los ejércitos permanentes.

Realmente, el Congreso, modificando un tanto el radicalismo de estas conclusiones, no dejó de asociarse á ellas, pidiendo que por lo menos el cuadro de exenciones se reforme en lo que respecta á la admisión de los predipuestos á la tuberculosis.

El problema del matrimonio fué abordado también por lo que tiene de influencia en la heredotuberculosis. No hemos de tratar aquí los problemas verdaderamente difíciles de la herencia que se discutieron en el Congreso de Zaragoza sin antes apuntar la discusión habida entre algunos congresistas, referente al derecho que pudiera tener el Estado á intervenir ó no en el matrimonio, ó mejor dicho, antes de celebrarse el matrimonio, asunto difícil y que quedó resuelto pidiendo que se hiciera un trabajo de propaganda para llevar á las costumbres, antes de que llegara á las leyes, la cuestión de legislar sobre el matrimonio entre tuberculosos ó entre tuberculoso y sano.

En el asunto médico ya hubo menos discrepancia y se analizaron los diversos mecanismos de la herencia tuberculosa, ya por la in-

fección por el esperma ú óvulos de los padres, ya por la transmisión de la madre durante la vida intrauterina, ya de la predisposición de los padres á la infección bacilar en el medio familiar. Realmente, si por herencia ha de aceptarse lo que tiene esta palabra en sentido filológico, sólo puede responder la herencia real á la primera forma de transmisión, y como no faltan hechos de la transmisión de esa tuberculosis y Curt y Jani lo han demostrado así, como los trabajos de Landouzy y Martin, llevaron al Congreso de París, si no á conclusiones, por lo menos á la convicción de que el mecanismo de transmisión del bacilo tuberculoso infectando el esperma ó el óvulo era fácil, sobre todo después de los trabajos del veterinario Sansón, se afirmó de una manera positiva la transmisión. Se admitió la heredotuberculosis, las deformidades por herencia tuberculosa, las heteromorfias, colocando entre ellas las deformaciones de los dedos, las estrecheces del tórax, el poco desarrollo muscular, la casi infantilidad de los órganos genitales, y sobre todo la pequeñez del corazón, señalada ya por Teisier. La profundidad de estos problemas hizo que no se llegara realmente á una conclusión, pero sí, como decimos, á una convicción.

La cuestión de subsistencias se trató también en la sección de sociología, con motivo de una comunicación que llevamos con algunas conclusiones referentes al impuesto de Consumos en sus relaciones con la carestía de la alimentación de la clase menos acomodada, de los precios de la reventa, aumentando las dificultades para el sostenimiento de esta clase, llegando á una conclusión, redactada por el ilustre jurisconsulto Sr. de Benito, para que se reformara el Código penal en lo que se refiere á la impunidad de los delitos contra la salud pública, transformando la penalidad de material en corporal, y respecto al impuesto de Consumos pidiendo la supresión absoluta, ó cuando menos la desgravación gradual para los alimentos de primera necesidad, así como fomentar la cooperación, trabajo en que nos ayudó el Sr. Builla, combatiendo en parte el marxismo para dejar la libre contratación solamente cohonestada con la libre asociación bajo el aspecto cooperativo, evitando los intermediarios en las relaciones del cambio económico.

En esta discusión se habló del fraude alimenticio, demostrando que casi el 55 por 100 de los alimentos dedicados al consumo ó son insuficientes ó están falsificados.

Otro problema tratado en la sección de sociología y en el aspecto social, fué la reforma penitenciaria, para evitar que la población

penal se tuberculice en la proporción enorme que hoy lo hace.

Al tratar de la enseñanza es donde hubo mayor unanimidad en las reformas pedagógicas, aun cuando sentimos decir que no se llegó á la supresión de los exámenes, defendida por nosotros por ser una de las causas más eficientes de las hemoptisis en los predipuestos ó ya en los tuberculosos incipientes, y á veces como reveladoras de tuberculosís no conocidas.

El pensar que la tuberculosis es una enfermedad social que no reconoce clima ni respeta sexo ni edad, hizo comprender al Congreso de Zaragoza que el mal no estaba en el frío ni en el calor, sino en las condiciones de vida, y asimismo lo entiende también el citado jefe de higiene húngaro, al analizar la tuberculosis en un país cuya configuración geográfica se parece mucho á la de España, por su diferente aspecto en muchas regiones, por su etnografía, demostrándose en España, como en Hungría, que lo mismo se padece la tuberculosis en las montañas del Norte que en las grandes llanuras de Castilla, que en los hermosos climas de Andalucía y que, por lo tanto, ni la geografía ni la etnografía tienen influencia decisiva en la distribución de la tuberculosis en cada nación, sino que la mortalidad por tuberculosis depende de las condiciones locales en que viven los ciudadanos, favoreciendo la propagación de los gérmenes infecciosos y la disposición morbosa; y así en las ciudades densas, en las que la habitación es insalubre y la densidad de población es grande, la tuberculosis se enseñorea y determina focos, como hemos demostrado nosotros en Madrid por las distribuciones topográficas dentro de una población, al extremo de que, por ejemplo, en el distrito de Buenavista, con 85.000 habitantes, la mortalidad por tuberculosis es mucho menor que en los distritos de la Latina é Inclusa, con 65.000 y 70.000 habitantes.

En vista de esto, el Congreso unánimente acordó la conclusión de que es indispensable el saneamiento en masa y aisladamente de las viviendas, de la formación de lo que llaman los franceses *cassier* sanitario, ó sea encasillado sanitario de viviendas y manzanas insalubres, y allí no faltamos á nuestra consigna, un tanto radical, pidiendo la expropiación forzosa, por causa de salubridad, de aquellas casas reputadas como focos permanentes de tuberculosos en cada población.

No habian de faltar en este Congreso trabajos referentes á la higienización antituberculosa del niño en el taller, de la mujer en la familia y del obrero en su oficio, entendiendo también como obre-

ros aun aquellos que vestimos la levita, y también en este asunto no hubo discrepancias, pidiendo el cumplimiento de las leyes sanitarias y de protección al trabajo del obrero, que tan alto han colocado el nombre de nuestro Instituto de Reformas sociales, exigiendo que no sea letra muerta el trabajo hecho por tan alta Corporación social. Las leyes del trabajo, del descanso, de la indemnización, de la cooperación, etc., se reclamaron como imperativas en el Congreso de Zaragoza, añadiendo algo acerca de la potabilidad de las aguas, de su distribución gratuíta y de la realización de la reforma del casco de las grandes poblaciones, haciendo un alto tal vez en los ensanches, para dedicar los capitales á la apertura de grandes vías que, ventilando la población y deshacinándola traigan, como ha sucedido en casi todas las naciones de Europa, una inmediata disminución de la morbilidad y mortalidad por la tuberculosis.

Pequeños detalles inherentes á todos estos grandes problemas ocuparon también al Congreso, como la elevación de la cultura general, la protección á la mujer embarazada, el estímulo á las sociedades antituberculosas particulares, resumiendo, como conclusión final de todos estos trabajos, que todavía y tal vez por mucho tiempo no puede abandonarse ni por un solo momento las filas de esta lucha social, confiada únicamente en los trabajos que analizaremos, que pone muy alto el nombre del laboratorio, pero á los que todavía no podemos entregarnos completamente á ellos, como por fortuna se va haciendo ya en algunas otras enfermedades infecciosas.

Tal ha sido el trabajo de la sección de sociología del Congreso, seguramente no del todo sintetizado por nosotros, pero sí creyendo haberle dado el carácter general que ha tenido, de que la lucha contra la tuberculosis no es una lucha contra el tuberculoso, ni mucho menos una lucha de clases, sino un concierto de buenas voluntades para determinar la transformación radical de la alimentación, la habitación y las relaciones, no ya internacionales, sino completamente mundiales de los hombres y los animales.

Al escribir estas cuartillas vamos leyendo las conclusiones del Congreso de Washington, y nos felicitamos de haber coincidido nosotros, en nuestro modesto trabajo, con la gran Asamblea internacional de lucha antituberculosa.

(*Continuará*).

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid. Oculista del Hospital general y Hospicio.

SUMARIO: I. Espoleta de cartucho de escopeta retenida durante ocho años debajo del párpado superior.—II. Queratitis intersticial tal como debe ser considerada en la actualidad.—III. Tratamiento del bocio exoftálmico por el sulfato de quinina.—IV. Colapso de la esclerótica en la operación de la catarata.—V. Melanomas y radiotérapia.

I. El Dr. Santos Fernández, de la Habana, refiere un interesante caso de permanencia de cuerpo extraño debajo del párpado, bien tolerado durante mucho tiempo. Se trataba de un farmacéutico aficionado á las armas, que sufrió un accidente en el ojo derecho, al hacer explosión una cápsula de la escopeta de Lefoucheux, cargada con pólvora blanca y municiones. La explosión le produjo sólo una ligera contusión de la parte superior del borde orbitario derecho, hacia la mitad externa, en la que se advertían ligeras huellas superficiales en la piel. La conjuntiva bulbar del ángulo externo del ojo derecho presentaba escasa inyección y estaba algo edematosa. El autor dió poca importancia al accidente, y el enfermo tampoco acusaba molestia alguna.

A los veinticinco días de ocurrir el accidente manifestó el enfermo que veía menos con el ojo derecho, lo que comprueba con frecuencia, puesto que es cazador, no obstante que la agudeza visual es normal en cada ojo aisladamente. La sombra que el enfermo observa se atribuyó por el autor á un estado hiperestésico de la retina.

Transcurrieron ocho años sin que el paciente observase otras molestias que algunas moscas volantes y un pequeño quiste ó abultamiento que se le formaba en el ángulo externo del ojo derecho. El paciente se frotaba fuertemente todos los días la región del quiste, y una mañana (10 de septiembre de 1907), notó incomodidad en el ojo derecho, ligero dolor y sensación extraña, que le obligó á mirarse en un espejo.

Levantó con sus dedos el tercio externo del párpado superior derecho, y observó que asomaba alguna cosa por el ángulo externo. Insistiendo el enfermo en su examen, vió salir un cuerpo extraño,

como un fragmento de gancho, de los que usan las señoras para el pelo, y que cayó sobre el lavabo. Le examinó, y entonces comprobó que se trataba de la espoleta que tiene el cartucho de Lefoucheux, le recogió y llevó al autor para su examen.

Dicha espoleta es cilíndrica, tiene dos centímetros de longitud y tres ó cuatro milímetros de diámetro. Ha estado alojada debajo del párpado superior, casi á la altura ó en la glándula palpebral; en esta región es donde se advertía mayor vascularización y cierta infiltración de los tejidos. (*Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana*, enero, 1908.

II. El Dr. Sydney Stephenson, de Londres, ha publicado en la Sociedad de Pediatría de dicha capital un trabajo muy completo sobre la queratitis intersticial, tal como hoy debe considerarse esta enfermedad.

El autor expone, en primer lugar, la importancia diagnóstica de los estigmas oculares de la sífilis, cuya demostración pone en evidencia la naturaleza de muchas enfermedades.

Después dice que, de todas las manifestaciones oculares de la sífilis hereditaria, ninguna es mejor conocida ni más fácil de diagnosticar que la queratitis parenquimatosa.

Se ocupa de la frecuencia de esta enfermedad, de su historia y de sus relaciones con la sífilis que, según Hutdunson, en su forma típica es consecuencia de la sífilis, y ella por sí sola basta para hacer el diagnóstico.

Pero esta opinión es hoy combatida, y se admite que cierto número de casos no dependen de la sífilis hereditaria, sino de otros factores, sobre todo la tuberculosis, la sífilis adquirida, la influenza, la malaria, la tripanosomiasis, afecciones todas que atacan al estado general como la sífilis hereditaria. Los autores dan las siguientes cifras para la frecuencia de queratitis intersticiales de origen heredosifilítico: Davidson, 20 por 100; Alexander, 35'3 por 100; Fœmis, 41'5 por 100; Michel, 55 por 100; Hirscherg, 61 por 100; Scenuch, 62 por 100; Horner, 64 por 100; Mauttner, 80 por 100; Bose, 81 por 100; Silex, 83 por 100. De estas cifras y de otras muchas, puede concluirse que los 2/3 de casos de queratitis parenquimatosas, son claramente de origen heredosifilítico.

En lo que concierne á la tuberculosis, Rabiger, de 349 casos de queratitis, ha encontrado el 11 por 100 de naturaleza ciertamente tuberculosa, y el 9 por 100 probablemente del mismo origen; en total, el 20 por 100 El autor ha encontrado también diez veces la

tuberculosis en 101 casos de queratitis intersticial. Esta enfermedad puede ser una manifestación de la sífilis terciaria. Así, ciertos casos de queratitis intersticial se han presentado en individuos que habían tenido chancros palpebrales.

La queratitis intersticial es, en realidad, una inflamación del cuerpo ciliar; de éste, la inflamación gana hacia adelante el iris y las capas profundas de la córnea, y hacia atrás la parte exterior de la coroides. De ahí que, en general, la queratitis está asociada á la iritis y á la coroiditis. Las tres inflamaciones son secundarias á la inflamación del cuerpo ciliar; es, por tanto, una «urecitis anterior».

El importante trabajo de Sydney Stephenson termina con las siguientes conclusiones:

1.ª La queratitis intersticial constituye más de 1 por 100 de todas las enfermedades oculares.

2.ª No es nunca primitiva, sino secundaria á lesiones de la parte anterior del tractus uveal.

3.ª Entre los cinco y los quince años se presentan los 4/5 de casos de queratitis intersticial.

4.ª Es casi dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

5.ª En los 2/3 de casos la queratitis parenquimatosa está asociada á los estigmas de heredosífilis (sobre todo estigmas dentarios, faciales y auriculares). Puede también ser provocada por la tuberculosis, la sífilis adquirida, la influenza, la malaria y la enfermedad del sueño.

6.ª Todas las causas que disminuyen la resistencia orgánica son predisponentes para la queratitis intersticial.

7.ª La ulceración de la córnea no es rara.

8.ª La afección es bilateral en los 3/4 de casos. El intervalo que separa la invasión de los dos ojos puede ser de muchos años.

9.ª Las recidivas se observan en el 1/5 de casos; son más frecuentes cuando se trata la enfermedad sin mercurio y más rebeldes que el primer ataque.

10. La enfermedad es debida á la implantación y multiplicación en la córnea del treponema palidum, que procede primitivamente del tractus uveal. (*La clinique ophtalmologique*, núm. 5, 1908).

III. Considerando que el desorden fundamental del bocio exoftálmico es la vasodilatación de los vasos del cuello y de la cabeza, los Dres. Lancereaux y Paulesco han pensado que el sulfato de quinina, agente constrictor por excelencia, estaría indicado para combatir dicha afección. Han administrado dicho medicamento á más

[illegible]

[illegible]

[illegible]

cerrados, los párpados del lado derecho estaban deprimidos como si no tuviesen que recubrir sino un muñón. Repuesto el blefarostato, se vió que el ojo seguía blando, la esclerótica estaba todavía más plegada, la herida operatoria estaba abierta y era imposible arponar el cristalino porque ninguna presión podía ya aproximarle á la abertura.

Sin embargo, ninguna parte de vítreo había salido y en ningún momento el paciente había acusado el dolor violento que acompaña á la salida de este humor.

El operador recurrió al asa de Snellem y deslizándola detrás del cristalino, tan bajo como le fué posible, pudo extraerle sin la menor pérdida de vítreo.

Aplicada la cura binocular, el paciente sólo experimentó ligero escozor; el autor practicó una instilación de protargol para evitar las complicaciones que pudieran sobrevenir, dada la larga duración de la operación.

Las consecuencias fueron normales. Al cuarto día levantó la cura; la esclerótica era esférica y no presentaba pliegue alguno, la cámara anterior estaba bien formada, la herida operatoria bien coaptada, sin ninguna adherencia del iris ni de la cápsula. Existían algunas estrías opacas en la córnea. Una gota de atropina instilada mostró al día siguiente que no existía ninguna sinequia posterior. Al octavo día se suprimió el vendaje y se aplicó polvo de dionina para facilitar la desaparición de las estrías corneanas.

El día 15 la enferma abandonó la clínica, la córnea estaba brillante y bien transparente, la agudeza visual era buena y el oftalmoscopio no revelaba ninguna alteración ni desprendimiento de las membranas internas.

El segundo caso era un labrador de cincuenta y nueve años, que presentaba en el ojo derecho una catarata incompleta y otra completa en el izquierdo, con reflejo pupilar normal y buena proyección luminosa. Dicho enfermo estaba atacado de reumatismo crónico y de arterioesclerosis.

Como se trataba de un individuo indócil y con continuo parpadeo, decidió el autor practicarle en el ojo izquierdo la extracción combinada.

El 31 de octubre, después de la cocainización como en el caso anterior, fué operado. Inmediatamente después de la sección de la córnea apareció un surco profundo en la esclerótica á modo del meridiano horizontal. Viendo la analogía de este caso con el anterior,

[illegible] rápidamente la iridectomía y la quistitomía, pero la esclerótica excavaba cada vez más, no permitía ejercer ninguna presión eficaz sobre ella.

En seguida deslizó el asa de Snellem por la cara posterior del cristalino, y como en el caso anterior, le extrajo completo y duro, sin pérdida alguna de vítreo.

El operado no sufrió molestia alguna. El cuarto día se levantó la cura, viendo que la córnea está brillante y transparente y sin depresión alguna en la esclerótica. La herida parece coaptada, pero no está formada la cámara anterior, que no se cierra hasta el sexto día, y entonces notamos que este retardo sin consecuencia alguna es debido al enclavamiento de un pequeño trozo de cápsula en la cicatriz.

Al décimo día supresión del vendaje; el enfermo abandona la clínica una semana después. Tiene buena agudeza visual y no existe lesión de las membranas internas del ojo.

¿Cuál es la causa del colapso de la esclerótica? ¿Puede evitarse esta perturbadora complicación?

Chodin, en el Congreso de San Petersburgo en 1903, la atribuye á una falta de elasticidad congénita de la esclerótica. Terrien declara que esta hipótesis es poco satisfactoria. La esclerótica no debe ser sola la causa de este accidente, y su falta de elasticidad, congénita ó adquirida, no puede explicar el aplanamiento y la disminución de volumen del ojo. Debe pasar alguna cosa en el vítreo; hay una concentración de este humor, se ve retracción que provoca depresiones y surcos en la esclerótica.

Según el autor, la cocaína es el agente causal del colapso, la cual por su acción vasoconstrictora produce una especie de deshidratación muy marcada, sobre todo en los sujetos decrépitos, viejos, de tejidos esclerosados y rígidos, atacados de cataratas seniles, muy maduras y que han evolucionado lentamente.

Es, por tanto, muy esencial, no emplear cocaína demasiado fuerte, ni durante mucho tiempo. Así el autor sólo usa la disolución al 1 por 25 y no hace más que tres instilaciones (una gota cada tres minutos), y no espera jamás para empezar la operación más de diez minutos, á partir de la primera gota.

Obtiene así una anestesia suficiente; no ha observado desde entonces la menor amenaza de colapso.

En el caso de que este accidente se presente, debe practicarse la iridectomía y extraer la catarata con el asa de Snellem. El ojo está

tan hipotono, que no hay que temer la salida del vítreo. El arponado del cristalino es menos seguro, porque es menester tener un ayudante inteligente, y además, puede la catarata fragmentarse y no salir entera (*La clinique ophtalmologique*, núm, 3, 1908).

V. El Dr. Suquet publica en la *Revue de therapeutique med. chirurgique*, diciembre 1907, un trabajo sobre la acción de la radioterapia en los melanomas. El autor ha tenido ocasión de volver á ver una enferma de setenta y tres años, curada en 1906 por la radioterapia, de un carcinoma melánico que había evolucionado sobre un naevis; la mejilla estaba normal y no presentaba ya el ribete azulado que queda al terminar el tratamiento. El naevis pigmentado mismo ha disminuído la mitad desde esta época y su color es más pálido.

Dos nuevos casos de lesiones menos extensas han sido tratados en estos últimos tiempos por el autor. Actualmente es menester absorber 5H cada ocho días, en lugar de cada quince días como en el primer caso: esta modificación ha sido introducida porque se sabe actualmente que las células neoplásicas soportan las fuertes dosis impunemente. Localizando solamente á ellos la radiación por un localizador de dimensiones inferiores á la lesión, se puede llegar más rápidamente al objeto; más tarde se espacían de nuevo las sesiones, empleando un localizador mayor.

En resumen, las fuertes dosis son útiles porque permiten atacar tan profundamente como es posible la parte media del tumor, centro de extensión; es menester evitar lesionar las células sanas de los alrededores. La radioterapia tendrá, sobre todo, probabilidades de curación, si se la aplica antes de la invasión ganglionar.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del día 9 de Noviembre de 1908. (Conclusión).

Bases de la alimentación de los enfermos del aparato digestivo. — El Presidente, Dr. D. José González Campo: *Digestión intestinal.* — Se dice en los libros que la relajación del píloro, y por lo tanto, el vaciamiento del estómago, se debe á la acción de su contenido ácido sobre la mucosa peri-

pilórica, y que el contacto de ese mismo ácido sobre la primera parte del duodeno hace que de nuevo se contraiga, lo cual explica la mayor ó menor rapidez de la evacuación, según la índole de los alimentos: una comida en la cual dominen los hidrocarbonados sobre los protéicos, se evacua mucho antes que en las condiciones opuestas; los protéicos en presencia del ácido clorhídrico ó cualquiera otro ácido que en la cavidad estomacal pueda patológicamente existir, lo fijan en combinación inestable, haciéndole impropio para ejerce su acción sobre el píloro; los hidrocarbonados que no lo fijan, permiten esta acción, pero así no se explica la rápida eliminación del agua y de la albúmina líquida que no provocan secreción ácida; el agua mezclada con albúmina coagulada en granos finos pasa pronto al duodeno, quedándose la albúmina hasta que se disgrega. No podemos convencernos de que los ácidos cuando actúan sobre las cercanías del píloro por el lado del estómago provoquen su apertura, y cuando lo hacen sobre el duodeno sean motivo de que se ocluya. ó por lo menos no creemos que sea ésta la única causa del fenómeno, porque no existe retardo de evacuación en muchos casos de falta absoluta ó casi total de acidez, de suerte que aquí debe intervenir algún factor desconocido.

El jugo intestinal es alcalino, según la mayoría de los autores, pero Foa afirma, en virtud de investigaciones electrométricas, que, aproximadamente en su primera mitad, es ácido unas veces y otras de exigua alcalinidad, resultando así que el jugo pancreático puede actuar en medio alcalino, neutro ó ligeramente ácido.

En el intestino delgado se realiza la mezcla de tres distintos líquidos: el segregado por las glándulas del intestino, el producido por el páncreas y el elaborado en el hígado. El primero resulta de la suma de la secreción de las glándulas de Brunner, de Lieberkünn y de las mucosas; en su secreción, así como en la de los órganos anexos, se atribuye papel capital al ácido que, como acabo de decir, no existe en todos los individuos, por lo que si cuando le hay interviene como estimulante, necesario es que exista otro estímulo que entre en juego cuando falte acidez. En la mucosa duodenal se desarrolla una substancia llamada secretina (dícese que por acción del ácido sobre una prosecretina preexistente), que provoca la secreción del jugo intestinal y del fermento denominado enterokinasa; este líquido contiene invertina que, desdoblando el azúcar de caña en glucosa y levulosa, no influye en las féculas ni en las grasas; en él existe erepsina capaz de transformar en ácidos aminados las proteosas y peptonas, cualquiera que sea su origen, péptico ó tríptico, y arginasa que descompone la arginina en urea y ácido diaminovalérico. El íleon parece encargado de la absorción, y el yeyuno goza de las propiedades secretorias del segmento que le antecede y de las absorbentes del que le sigue.

La secreción pancreática que, como queda indicado, se la hace depender del paso del jugo gástrico ácido por el duodeno, tiene también lugar cuando el quimo no es ácido; las grasas neutras emulsionadas estimulan esta secreción, á pesar de no hacerlo con la del estómago. El que el excitante específico del trabajo del páncreas sea el ácido, nos explicaría por qué la nutrición se conserva mejor en los hiper que en los hipoclorhídricos; en aquéllos el exceso de acidez estimularía fuertemente la glándula, determi-

mando la elaboración de gran copia de fermentos, capaces de metamorfosear una gran cantidad de substancias alimenticias, al paso que, faltando ese estímulo en la hipoclorhidria, quedaría sin utilización considerable masa de materias nutritivas. Sin embargo, en estos casos de acidez insuficiente, aunque el estímulo secretorio del páncreas no fuese tan grande como al existir ácido en proporción normal, la saliva sacarifica los amiláceos, en el estómago, con lo cual la nutrición no se resiente tanto.

La secretina absorbida llega con la sangre á las células pancreáticas, poniéndolas en actividad. Un régimen protéico ó hidrocarbonado si se prolonga modifica la secreción pancreática, siendo probable que ejerza igual influjo sobre la gástrica; el agua y el deseo de alimentos son estimulantes de la secreción, que se inhibe con las soluciones alcalinas.

El jugo pancreático peptoniza los albuminoides por su tripsina, sacarifica el almidón por su amilopsina y saponifica las grasas por su esteapsina; el páncreas no elabora, en realidad, tripsina, sino su enzima el pepsinógeno, que se transforma en aquel cuerpo á beneficio de la enterokinasa.

La tripsina peptoniza infinitamente más que la pepsina, forma en mucho mayor abundancia ácidos aminados y una substancia, el triptofano, al parecer derivada de la glicocola, generadora del indol y el escatol; la queratina y ciertas nucleínas no se peptonizan.

Se desconoce el grado que alcanza en el intestino la sacarificación del almidón, porque los nuevos productos se absorben rápidamente; las grasas son en gran parte absorbidas como neutras, transformándose menos cuanto más fusibles.

La bilis, al contrario de lo que antes se creía, no sólo no se opone á la digestión, sino que refuerza los fermentos pancreáticos, y en particular el saponificante; se vierte en el duodeno por estímulo de los productos de la digestión gástrica de los protéicos, de las grasas y de las substancias extractivas, aumentando por absorción de la secretina; el agua, los ácidos, la ovoalbúmina cruda y el almidón cocido no estimulan la excreción de la bilis. El papel digestivo de este líquido es indirecto; pone término á la acción péptica del jugo gástrico, y favorece la obra de los fermentos elaborados en el páncreas.

Las sales, azúcares y protéicos se absorben por vía sanguínea; las grasas por la linfática; hasta hace pocos años se pensaba que los albuminoides se absorbían en estado de proteosas, después de solubilizados los coagulados y de hechos difusibles los que no lo están; hoy sabemos que pueden absorberse sin peptonización previa y asimilarse, por más que ignoremos si se peptonizan ó sufren otra metamorfosis al atravesar la mucosa. El jugo pancreático transforma por lo menos una parte de las proteosas que su fermento ha producido en ácidos aminados, y el jugo intestinal, por su erepsina, termina la mutación dando origen á bases exónicas; de suerte que no son absorbidas las proteosas, sino los ácidos aminados que sirven para la formación de las substancias protéicas del organismo.

Las sintoninas y la glucosa se asimilan directamente; la sacarosa y la lactosa se desdoblan á beneficio de la invertina; el almidón no se sabe, como queda dicho, si puede absorberse sin sacarificarse, y en cuanto á las grasas, ya indicamos que á beneficio de la esteapsina se hidrolizan, sepa-

rándose los ácidos que, libres, descomponen las sales biliares formando jabones sódicos y quedando la grasa restante emulsionada tan finamente, que se posibilita su absorción. Y ya que hablo de absorción, juzgo conveniente decir que la que se realiza en la boca y en el estómago no ofrece interés en lo que concierne á los alimentos, porque es nula; se absorben las substancias salinas disueltas, pero no los coloides alimenticios; si introducimos en el estómago de un animal una solución de sulfato de estricnina, lo mismo produciremos su muerte si previamente le hemos ligado el duodeno á raíz del píloro, que si no le hemos sometido á ninguna preparación; igual sucede si depositamos esta ú otra sal muy tóxica en la boca, habiendo ligado el esófago del animal. Pero si ligado el duodeno ó practicada una fístula duodenal le damos alimento, morirá de inedia en plazo tan corto como otro al que no le alimentemos, como muere de sed el individuo con píloro infranqueable, aunque tenga repleto de agua el estómago. El órgano de la absorción es, pues, el intestino; y experimentos que no cito prueban que esta función está casi por entero limitada al delgado; en otras partes del aparato digestivo y aun en el tejido celular subcutáneo, pueden absorberse ciertos principios alimenticios, pero de modo tan deficiente y en tan exigua proporción, que no podemos confiar á estos territorios, sino muy secundariamente y por breve lapso de tiempo, el sostenimiento de la vida.

La digestión intestinal es, como habéis visto, la verdadera digestión; así como la boca y el estómago desempeñan un cometido casi exclusivamente físico, siendo el químico accesorio, en el intestino ocurre lo contrario: en él, lo mecánico se reduce á la progresión de las materias que aloja, mientras que la acción química y la absorción se hallan en todo su apogeo; aquí las substancias alimenticias, apenas transformadas en los órganos por los cuales antes pasaron, encuentran líquidos poderosos que se bastan para ponerlas en condiciones de ser absorbidas, preparando la reconstrucción de los protéicos del organismo.

La preponderancia indiscutible del papel físico del estómago sobre el químico, bastaría á explicar el por qué no da resultado la pepsina administrada con fin terapéutico; aunque fuese tan eficaz como la producida en el órgano gástrico, si ésta posee el escaso valor digestivo que la asignamos, se comprende bien que no pueda tenerle mayor aquélla.

La secreción de moco que tiene lugar en todo el aparato digestivo, es poco acentuada en estado de salud, y el papel que este líquido desempeña se reduce á favorecer la disgregación de los alimentos y á lubrificar las paredes del conducto digestivo, favoreciendo la progresión de lo ingerido; cuando aumenta dificulta la labor digestiva por aglutinar las substancias alimenticias, haciendo más difícil su desmenuzamiento y la obra química de las diastasas.

Y ahora se me ocurre una objeción á alguno de los conceptos emitidos. El segregado más importante de los que colaboran á la labor digestiva, el que resume los fermentos capaces de modificar y digerir los tres órdenes de alimentos, es el pancreático estimulado ó auxiliado por los demás. Pero, en ocasiones, con motivo de grave alteración patológica del páncreas, es incapaz de segregar, ó el jugo de la glándula encuentra ocluído el camino

del intestino; en estos casos la desnutrición es rápida, como se ve en los perros á los que se extirpa este órgano, que parecen esqueletos cubiertos de piel, pero no obstante, unos y otros viven algún tiempo, meses tal vez, y aunque su estómago no transforma los alimentos mejor que en estado normal, como puede comprobarse, se modifican en el intestino lo necesario para permitir una nutrición, si deficiente, compatible con la vida; y esto no puede explicarse como no se conceda participación digestiva á las bacterias intestinales.

No se ha puesto en claro todavía si la digestión puede realizarse normalmente en un aparato digestivo aséptico, pero sí sabemos que existen microorganismos que sacarifican las féculas, que peptonizan la albúmina, que desdoblan el azúcar y que coagulan la leche redisolviendo el coágulo; esto aparte de la acción digestiva de algunas especies bacterianas sobre la celulosa, que no estamos seguros de que se modifique por ningún otro mecanismo.

Los vegetales son verdaderas máquinas de reducción y, sin embargo, parecen necesitar el concurso de los microorganismos; estudios muy modernos tienden á demostrarlo, habiéndose llegado á definir los cambios que distintas especies bacterianas imprimen en su nutrición. Tal vez un oficio análogo desempeñen en el aparto digestivo de los animales y acaso se baste la digestión que de los alimentos hagan para subvenir al sostenimiento de la vida cuando no puedan hacerlo los fermentos elaborados en las glándulas. Además, dado lo colosal de la cifra de los gérmenes que viven y mueren en el conducto gastrointestinal, pudiera pensarse que sirva no poco á nuestro nutrimento la toxoproteína, substancia nitrogenada que seguramente asimilamos.

Pero como este estudio está apenas esbozado, contentémonos con apuntarlo sin darle otro valor que el que corresponde á las hipótesis.

En todo lo que precede tenemos materiales bastantes para con ellos establecer las bases de alimentación de los que padecen enfermedades de los órganos cuyo conjunto integra el aparato digestivo, separándonos del fárrago de datos contradictorios que obscurecen un asunto perfectamente claro si nos atenemos á lo que la fisiología nos enseña.

Veamos, sin descender á detalles aunque importantes inoportunos ahora porque alargarían innecesariamente este trabajo, las líneas generales que marcan lo que la alimentación ha de tener de especial en las mencionadas dolencias.

Afecciones bucales. — En aquellas enfermedades en que la secreción salival esté abolida ó amenguada, concederemos poca importancia á la supresión ó merma del fermento, ya que éste en tan mínima parte contribuye á la digestión, y atenderemos sólo á la adecuada labor masticatoria realizada por medios natural ó artificiales, así como á la conveniente humectación de las materias alimenticias, sin preocuparnos de su composición, ya que, sea ésta la que fuere, han de transformarse ulteriormente de tan perfecta manera como en estado fisiológico.

Afecciones esofágicas. — Las alteraciones del esófago no son motivo de otra indicación que la naturalísima que surge de la necesidad de alimentar bien al paciente, atendiendo á la forma física de las substancias ingeridas,

que habrá de ser la más adecuada para vencer las dificultades que las lesiones de este conducto oponen frecuentemente á su paso.

Afecciones gástricas. — Donde la importancia de la composición de las materias ingeridas empieza á revelarse es en las enfermedades del estómago. En su terapéutica, así como en la de las intestinales y de las glándulas anexas, el régimen alimenticio tiene considerable valor, muy superior al de los restantes medios de tratamiento, hasta el punto de que con sólo él pueden curar muchas dolencias que no curarían jamás con los medicamentos mejor dispuestos si no se atendiese debidamente al extremo que nos está ocupando.

Concediendo el valor que á la digestión gástrica se ha concedido hasta ahora, parece racional que la alimentación ha de ser diametralmente opuesta en las afecciones que se acompañan de hiperclorhidria que en las en que está disminuído ó suprimido el ácido clorhídrico, y sin embargo, estudiando atentamente las reglas que para alimentar á los gastropáticos sientan los distintos clínicos y las minutas que figuran en las obras especiales, repararemos que en el fondo apenas si existen variaciones en la composición de los alimentos recomendados á los unos y á los otros.

Los experimentadores no han acabado aún de ponerse de acuerdo acerca de las substancias alimenticias más convenientes á los hiperclorhídricos: unos afirman que los protéicos no provocan mayor secreción gástrica que los amiláceos y recomiendan indistintamente alimentos de ambos grupos; otros estiman que deben evitarse los protéicos y particularmente las carnes en la hiperclorhidria, porque estimulan más que otras substancias la secreción; éstos, considerando exacta tal manera de ver que concuerda con lo establecido por la escuela de San Petersburgo, no temen al uso de las carnes porque aunque provoquen mayor acidez utilizan mejor el ácido, con lo que, de momento, disminuye esta reacción; aquéllos preconizan en la hiperclorhidria las soluciones concentradas de azúcar que provocan una secreción poco ácida; y no faltan, por último, quienes aconsejen el empleo de las grasas, sobre todo las de punto de fusión bajo, como la manteca de vacas, la crema y el aceite de olivas, á título de inhibidoras de la secreción.

En armonía con lo que resulta de los datos que al tratar de la digestión he aducido, creo poder resolver este asunto de una manera categórica, pero antes dejaré sentado que, en general, la alimentación en las dolencias digestivas debe ser, como en estado hígado, mixta. A integrarla contribuirán los albuminoides, los hidrocarbonados y las grasas, recurriendo tanto á las substancias vegetales como á las animales.

Al consultar las distintas minutas de alimentos que figuran en las obras que manejamos, atenderemos más á los consejos de los autores alemanes y suizos que á los de otras naciones, porque según lo que he tenido ocasión de observar, se sabe allí armonizar mejor y de un modo más racional los distintos grupos de substancias alimenticias que en los restantes pueblos de Europa que conozco, así para uso de enfermos como para el de sanos.

Predominando un grupo sobre los demás, se pierde el apetito que tan necesario es, como hemos visto, para una buena digestión, y se cansan los órganos que han de laborar constantemente en un determinado sentido.

Las materias albuminoideas, á excepción de la leche, empleadas solas, darían lugar á muchas materias extractivas tóxicas para el organismo, originarían abundantes putrefacciones intestinales y no suministrarían materiales suficientes para una cabal nutrición. El exceso de carne tiene más que el de ningún otro protéico estos inconvenientes, á los que se suma la acidificación del líquido sanguíneo y la propensión á las dermatosis, la arterioesclerosis y la neurastenia. La alimentación exclusivamente animal en rigor es insostenible por faltarle hidrocarbonados que mantengan el equilibrio nutritivo; la vegetal, con exclusión completa de las materias procedentes del reino animal, es defectuosa por su escasez de albúmina que obliga, para introducir la indispensable á las exigencias vitales, á ingerir excesivo volumen de alimentos; además ya dije que la albúmina vegetal se utiliza peor que la animal. Esto, no obstante, hay que tener en cuenta que modernamente se ha demostrado que para el sostenimiento de la vida basta con la mitad de la albúmina que antes se juzgaba indispensable.

El vegetarismo no puede aceptarse sino como régimen de excepción en aquellas ocasiones en que convenga activar las oxidaciones, disminuir las pérdidas orgánicas, y, sobre todo, amenguar la producción de toxinas, oponiéndonos á las auto-intoxicaciones (Combe) y al artritismo. Pero el régimen vegetariano puro del cual se ha querido hacer casi una panacea en los años últimos, y que fué ya preconizado por el filósofo Pitágoras hace veinticinco siglos, aunque no del modo absoluto que se ha pretendido por algunos, no parece estar muy en consonancia con las condiciones del organismo humano. Los trapenses que se lo imponían no lo han seguido de un modo absoluto, y durante ciertas épocas del año mitigaban con la leche su severidad; eran en ellos frecuentes los trastornos digestivos y hace poco solicitaron modificar su alimentación en forma análoga á la adoptada por los cartujos que, á las substancias vegetales, añaden pescados, huevos, leche y quesos.

Acerca de este régimen se me ocurren algunas consideraciones, que no quiero pasar por alto. Muchos fenómenos patológicos se explican hoy porque gran número de gérmenes exaltan su poder patógeno cuando se hallan sometidos á un régimen nutricio animal. Chauveau ha hecho inofensivos microorganismos tan virulentos como la bacteridia carbuncosa, con sólo cultivarlos en caldos de procedencia no animal, readquiriendo los caracteres primitivos en cuanto se les transportaba de nuevo á un medio de esta naturaleza; con el régimen vegetariano acaso consigamos el mismo efecto en el hombre, defendiéndole de los peligros bacterianos á que por un régimen excesivamente animal está expuesto. A la vez, y según parece demostrado, los animales sometidos á esta alimentación muy exclusiva se hacen díscolos, agresivos, huraños, trocándose en mansedumbre y docilidad tales defectos alimentándolos sólo con substancias vegetales, por lo que el vegetarismo se ha preconizado como recurso utilizable para modificar favorablemente el carácter del hombre, y, en consecuencia, á la larga, mejorar la sociedad. No debemos olvidar que el régimen vegetariano que aconsejamos á los enfermos no es, en rigor, lo que su nombre indica, sino ovo-acto-vegetariano.

La celulosa que constituye la trama, la armazón y como el esqueleto de los vegetales, aunque se utilice imperfectamente, en necesaria para activar la motricidad indispensable á la digestión de los demás elementos.

Si es cierto que el plan alimenticio de los gastropáticos ha de ser mixto, al prescribirlo tendremos presente la posibilidad de que los enfermos, al igual de lo que sucede á los sanos, toleren mejor unas substancias que otras, y hasta que pueden llegar á digerir determinados productos antes indigestos, y á los cuales su organismo va progresivamente habituándose; así he tratado enfermos que no toleraban alimentos de los considerados de digestión facilísima, al paso que digerían á maravilla alguno de los tenidos por más indigestos, como por ejemplo, la langosta; del mismo modo los he visto comer con fruición y seguramente alimentarles substancias que las primeras veces que las usaron no podían tolerar. De no ser así, la digestibilidad de los alimentos, ó, á lo menos, su digestibilidad gástrica, podría expresarse según el tiempo que permanecen en el estómago, por lo que las tablas de Beaumont, de Richet y de Ponzoldt, compuestas hace bastantes años, y que pueden verse en casi todos los libros que tratan estos asuntos, tendrían un valor positivo, ya que el concepto que las informa no se ha modificado por los trabajos posteriores de fisiólogos y clínicos.

Al disponer el régimen bromatológico de estos enfermos, hemos de procurar disminuir el tiempo de permanencia de los alimentos en el estómago, á la vez que cuidamos de no perjudicar la digestión intestinal que, como hemos visto, es la verdaderamente útil. Si las materias ingeridas tardan en abandonar el reservorio gástrico, privamos á la víscera del reposo relativo á que debemos someter todo órgano enfermo al que no podamos concedérsele absoluto. Si la secreción es hiperclorhídrica, prolongando la excitación acrecemos la acidez, y los inconvenientes del ácido aumentarán, haciéndose luego más laboriosa la función neutralizante del intestino; si es hipoclorhídrica, favoreceremos las fermentaciones que, como se sabe, tienen condiciones más abonadas para desarrollarse cuando falta ó está disminuído el ácido clorhídrico, que cuando es normal su proporción ó se halla exagerada; y esas fermentaciones, aquí como en todas partes, son tanto más fáciles cuanto más tiempo permanezcan las materias fermentescibles en un medio favorable á ellas.

Esta es la verdadera clave de la alimentación de los gastrópatas y la indicación más importante que del quimismo se desprende, sin que deje de ser conveniente y aun necesario tener presente que la sal común, por ejemplo, es útil al hipoclorhídrico y dañosa al hiperclorhídrico, como elemento formador del ácido; que las materias extractivas, por excitar la secreción, convienen al primero y perjudican al segundo, etc. Por esto ciertas substancias que, como las grasas, parecen favorables en el exceso de secreción que disminuye con su uso, son mal toleradas muchas veces por los enfermos, porque tardan en eliminarse, y así se explica que las especias, los alcoholes, los excitantes y los ácidos, que á un juicio superficial le parecerían utilizables en la hipoacidez, merezcan proscribirse en virtud de su poder osmótico, por el cual se aumenta el contenido estomacal con el consiguiente inevitable retardo evacuador del órgano, á beneficio del líquido que la exosmosis extravasa.

Dicho lo anterior, casi huelga manifestar que en los casos en que el estómago no se vacía en el tiempo debido por estar la evacuación dificultada á causa de un obstáculo mecánico, ó por hallarse disminuída su energía contráctil, la idea dominante al disponer la alimentación del paciente, será la de suministrarle todas las substancias nutritivas en la forma más adecuada para que lleguen lo antes y lo mejor posible al intestino. Y como los alimentos se evacuan con mayor rapidez cuanto más se aproximan á la forma líquida, á utilizarlos de este modo ó de uno muy cercano á él se encaminarán nuestros esfuerzos. Por esto es en tales casos útil la leche, la carne tamizada, los purés de cereales y legumbres secas, no conviniendo las grasas, que como queda dicho tardan en pasar al intestino; por esto los huevos se digieren mejor cuanto menos coagulados, y de ellos la clara se tolera con facilidad superior á la yema que tan rica es en grasas, y por esto la leche de vacas debe preferirse á la de cabras, que contiene un 50 por 100 de manteca más que aquélla, siendo conveniente utilizarla descremada; este es también el motivo de que el pan, y en particular la miga, deba escatimarse á los enfermos de que hablo, no por su composición, sino porque con los líquidos digestivos forma una masa que con gran trabajo se disgrega, y mientras la disgregación no se verifique, no atraviesa el orificio gastrointestinal.

Es útil, asimismo, que los que padecen enfermedades gástricas beban poco líquido en las comidas, por lo que respecto á la evacuación de los líquidos expuse en el lugar correspondiente.

Las anteriores consideraciones, por lo que afectan al quimismo y especialmente á la motricidad, han de servirnos de guía en todas las afecciones del estómago, necesitando sólo añadir algunas palabras acerca de la úlcera gástrica. Como saben todos cuantos me dispensan su atención, el tratamiento dietético de esta enfermedad se reduce á lo siguiente: supresión de la alimentación bucal en los períodos de máxima agudeza, sustituyéndola por la rectocólica, soportable por poco tiempo, y aunque imperfecta, sugestiva; dieta láctea después, sostenida á veces durante muchos meses; más tarde, cuidados bromatológicos análogos á los de la hiperclorhidria, que casi siempre acompaña al proceso ulcerativo. Los principios fundamentales de estos regímenes son los mismos á que están subordinados los del exceso de acidez clorhídrica y de los trastornos de motricidad: impedir el estímulo secretorio y acelerar la evacuación. A ellos se suma la necesidad de oponerse al contacto prolongado de los alimentos y la superficie lesionada, perjudicial en este caso por sí mismo, como comprendéis bien, además de serlo por las razones antes mencionadas.

La dieta láctea pudiéramos decir que es indispensable en algún período del tratamiento de esta afección, como lo es en algunas otras, y en particular en ciertos casos de hiperclorhidria, porque la leche, por su estado físico, así como por su composición, es la substancia que excita menos la mucosa, apenas estimula la contractilidad y se elimina con rapidez. Además, como no provoca secreción psíquica, el jugo comienza á segregarse tarde, y aunque continúa produciéndose durante bastante tiempo, su potencia digestiva es escasa, englobando la leche fácilmente el ácido á medida que va apareciendo, con lo que se impide su contacto agresivo. No

quiero detallar nada de lo que concierne á su valor nutritivo, á las dosis, á la conveniencia de añadirle, siempre que se pueda, un hidrato de carbono que supla la escasez de los que ella contiene, etc., porque esto me apartaría del propósito de trazar sólo las líneas fundamentales del asunto sin entretenerme en detalles que alargarían en demasía este trabajo, con manifiesto abuso de vuestra condescendencia.

Siendo necesario averiguar si la alimentación prescrita á los enfermos es la que conviene al sostenimiento del equilibrio nutritivo, el único medio práctico que nos permite aquilatar este extremo es el que consiste en pesarlos periódicamente, investigación de la que no debemos prescindir.

Afecciones intestinales.—En lo expuesto anteriormente reside la clave de la dietética de los padecimientos del intestino. No irritar mecánicamente ni agobiar al órgano con un trabajo excesivo constituirán los puntos de mira fundamentales. No perderemos de vista la particularidad de que, si en lugar de un abundante líquido alcalino se segrega moco en exceso, no podrá neutralizarse la acidez del quimo, y no actuará sobre él la bilis y el jugo pancreático con la energía de los casos en que es normal la secreción.

En la úlcera péptica del duodeno seguiremos la pauta establecida para el mismo proceso estomacal, así como en los demás procesos ulcerativos, cualquiera que sea su naturaleza.

En las afecciones inflamatorias agudas, la alimentación conveniente es la líquida ó semilíquida, y no tenemos para qué insistir sobre este extremo.

En todas las dolencias que radiquen en el intestino, y muy particularmente en las catarrales, hemos de atender á la existencia de estreñimiento ó de diarrea; en la alimentación predominarán los líquidos y vegetales que dejen abundante residuo en el primer caso, no desdeñando el efecto favorable que las grasas, los azúcares y los ácidos pueden determinar, principalmente estimulando el peristaltismo. En el caso opuesto, prescribiremos las substancias de acción contraria, valorando el poder osmótico de lo ingerido para aconsejarlo ó proscribirlo, según convenga, y por eso la leche y los huevos, que tantos médicos equivocadamente recomiendan, suelen ser perjudiciales, exigiendo su uso, si no creemos posible prescindir de él, un prudente tanteo.

Afecciones pancreáticas. — Las enfermedades de este órgano, cuyas funciones no pueden ser bien suplidas por ningún otro, crean gravísimo conflicto nutritivo; en ellas la demacración progresa rápidamente, por no utilizarse sino muy imperfectamente los alimentos. El examen de las heces fecales revela que las substancias alimenticias que mejor se aprovechan en estos casos son las hidrocarbonadas, al paso que las protéicas y las grasas se eliminan en abundancia por no haberse metamorfoseado; por lo tanto, cuando diagnostiquemos una afección del páncreas, y la práctica nos va enseñando que son bastante más frecuentes de lo que se cree, trataremos de estimular la secreción clorhídrica del estómago para conseguir, al mismo tiempo que activar por el ácido cuanto se pueda la secreción de la glándula, la proteolisis gástrica más completa dentro de los límites á que se halla reducida tan imperfecta función; la cantidad de grasas se disminuirá por lo incompleto de su desdoblamiento al faltar ó estar mermada la esteapsina, cuidando de darlas bien emulsionadas, por lo que la leche

tiene un considerable valor. Sin embargo, no prescindiremos de ellas cuando no se encuentre imposibilitada la llegada al intestino del segregado pancreático, por cuanto parece bien determinada la acción estimulante que poseen sobre la secreción.

Afecciones hepáticas.—En este lugar sólo nos interesan aquéllas que oponen dificultades á la entrada de la bilis en el intestino ó que alteren la composición de este líquido, por lo que las enfermedades de las vías biliares tienen tanta ó mayor importancia que las de la glándula. Como tales perversiones se traducen por faltar el auxilio que á la labor digestiva del segregado pancreático presta la bilis, en lo fundamental tenderemos á reducir las grasas y á darlas muy emulsionadas, siguiendo las líneas que para las afecciones del páncreas acabo de trazar cuando su arribo al intestino se halle interceptado; pero si no falta bilis, sino que, existiendo, creemos que carece de condiciones digestivas, las grasas, las substancias extractivas de la carne y las peptonas, deberán emplearse como excitantes de la secreción. Tanto en éstas como en aquellas enfermedades, se utilizará la vía rectocólica para introducir en el organismo las pocas materias alimenticias que puedan atravesar con provecho la barrera que les opone la mucosa de la región.

PERIÓDICOS

Glucosa y bilis en la orina. — En la *Gaceta Médica del Sur* se publica la siguiente observación del Dr. D. Ricardo Corzo:

«De los diferentes procedimientos de que podemos valernos para el reconocimiento y dosificación de la glucosa en la orina, uno de los más usuales, por su sencillez y poco coste, es el que utiliza el licor de Fehling.

Pero siendo éste muy alterable, por más que se tenga cuidado en su reposición y conservación, resulta á veces ineficaz y, si se quiere, hasta peligroso, puesto que indica lo que no existe, causando de este modo el disgusto é incertidumbre natural consiguientes.

Para evitar el inconveniente, se ha propuesto, con mucha aceptación, prepararlo en dos soluciones separadas, de tal modo que tomando partes iguales de cada una, queda hecho de momento y puede usarse con entera confianza, y mucho más si, como es de necesidad, todos los materiales que entran en su composición son químicamente puros y las vasijas en que se opera están perfectamente limpias.

Solución A. —	De tartrato sodico-potásico.....	173 gramos.
	Hidrato sódico.....	52 —
	Agua destilada.....	500 —
	D.	
Solución B. —	Sulfato de cobre.....	34'630
	Agua.....	500 —
	D.	

Uno de los mejores medios para descubrir la bilis en la orina, es el aconsejado por el Dr. Krokiewiez.

Se preparan dos soluciones acuosas al 1 por 100, una de ácido sulfanílico y la otra de nitrito sódico.

Tómese de cada una medio gramo (10 gotas próximamente), mézclense en tubo de ensayo y añádase un gramo de orina.

Agítese durante 10 ó 15 segundos, y si contiene pigmentos biliares, la mezcla adquiere un color rojo rubí». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Octubre de 1908 (1).

Aparato para la envoltura algodonada de los miembros inferiores. — El doctor COLIN: Desde hace algunos años se emplea mucho en las enfermedades de la infancia, especialmente en las flegmasías del aparato broncopulmonar, la envoltura algodonada de los miembros inferiores cubierta por una tela impermeable y sostenida por una venda arrollada alrededor del miembro. Teniendo en cuenta los inconvenientes de esta envoltura, he imaginado una especie de bota hecha con tejido impermeable muy suave que se puede modelar sobre el algodón y no se rompe, la cual aprisiona toda la pierna hasta la raíz del muslo. A este aparato propongo llamarle la bota sudoral.

Las aguas minerales como sueros artificiales. — El Dr. FLEIG: La acción fisiológica especial de los sueros artificiales me ha llevado á preguntarme si ciertas aguas minerales no podrían utilizarse como sueros artificiales y no servirían de medios nutritivos superiores al agua salada ordinaria. Las aguas minerales que he estudiado responden á composiciones muy variadas; con relación al suero sanguíneo son isotónicas ó francamente hipotónicas ó hipertónicas. Las aguas, cuyo punto de congelación no era vecino del del suero sanguíneo, se convertían en isotónicas diluyéndolas en agua destilada ó añadiéndolas cloruro de sodio. Estas aguas minerales las hemos empleado en inyecciones por las venas y por otras vías, haciendo transfusiones después de las sangrías y colocando en ellas órganos aislados, con lo cual hemos conseguido observar que se utilizan con más perfección que el agua de mar y que se obtenía una supervivencia y reviviscencia de aquellos órganos.

De las investigaciones practicadas se desprende que producen modificaciones más marcadas que el agua salada pura en las diferentes funciones

(1) Primera del curso académico actual.

del organismo. Por lo que se refiere á la sangre y al sistema circulatorio, aumentan la coagulabilidad de aquélla, provocan una renovación globular más rápida después de las hemorragias y aumentan la presión arterial más que el agua salada simple. Respecto de los fenómenos de excreción y de nutrición, aceleran más que ésta las eliminaciones urinarias y las oxidaciones orgánicas.

Despréndese, además, de las investigaciones practicadas, que las aguas que tienen una mineralización indiferente pueden emplearse en general en todos los casos en que éstas están indicadas, y que las aguas de mineralización especial en los diversos casos en que el elemento particular que las caracteriza (arsénico, hierro, etc.) es susceptible de producir un efecto terapéutico especial.

La bacterioterapia láctica carece de fundamento científico.—El Dr. Polier: De la serie de experimentos que hemos practicado se desprende claramente: 1.°, que el fermento láctico por su sola presencia no disminuye la virulencia de las materias fecales; 2.°, que la leche agriada no esterilizada de antemano es más virulenta que la leche fresca de donde aquélla procede, y que esta leche no tiene ninguna influencia inhibitoria sobre la virulencia de las materias fecales ni del esputo; y 3.°, que la leche agria no neutralizada es virulenta á pequeñas dosis cuando entra en la sangre, merced á la cantidad del ácido láctico que contiene. Nuestros experimentos han demostrado que la acidez láctica obtenida por los fermentos lácticos en los tubos de ensayo no era suficiente para destruir ni los cocos, los cuales son menos resistentes á los antisépticos que los microbios esporógenos como los bacillos suptilis, mesentéricos, vulgatus, etc. En las afecciones gastrointestinales acompañadas de una acidez normal ó de la hiperacidez del estómago, toda introducción de ácido como medio terapéutico, está, desde luego, contraindicada; además, en los casos en que hay hipoclorhidria ó aclorhidria, cuando hay éxtasis alimenticio, el ácido láctico se encuentra en el estómago en cantidades anormales, de donde la necesidad de no introducir más.

Quedan los casos donde la hipoacidez va acompañada de evacuación acelerada ó normal del estómago, en los cuales el tratamiento con un ácido puede dar buenos resultados y es en estos casos en los que la bactereoterapia láctica parece tener la mayor aplicación. Pero creemos que aun en semejantes casos el ácido clorhídrico puede dar mejores resultados que el ácido láctico. Análogas deducciones de aplicación ineficaz y de falta de base científica son aplicables á los fermentos lácticos (que no creemos que salgan vivos de un estómago con hiperacidez ó con acidez normal) y á la leche agriada.

El Dr. Bardet: El trabajo del Dr. Polier es, ciertamente, interesante, pero creo que es necesario tener en cuenta más los hechos clínicos que los experimentales; además, los procedimientos bacteriológicos empleados por el autor no están exentos de crítica.

El Dr. Bize: Los experimentos del Dr. Poliér nos son muy convincentes. Los autores que han preconizado los fermentos lácticos nunca han pretendido esterilizar el contenido intestinal hasta el punto de hacer inofensivas las materias fecales para el peritoneo de un conejo. Desde el punto

de vista clínico, los buenos efectos del método son indudables, y como se recordará, hace ya mucho tiempo que el Dr. Hayem preconizó el ácido láctico contra las enteritis infecciosas del niño, y desde entonces que los pediatras continúan empleándolo con éxito.—CODINA CASTELLVÍ.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.

(Continuación).

La hernia en el niño.—El Dr. RIBERA Y SANS: La hernia del niño merece un estudio especial, por las siguientes razones:

La enorme frecuencia de la hernia en los primeros meses de la vida.

La curación de la generalidad de las hernias con el empleo de vendajes.

Algunas particularidades del contenido herniario, por ejemplo, la frecuencia de las hernias del ciego.

Creo inútil exponer, y menos sintetizar, todo lo que se relaciona con la génesis y desenvolvimiento de la hernia en el niño, y sólo debemos recordar que en los primeros períodos de la vida casi todas las hernias son congénitas y enlazadas con los hechos de evolución del conducto inguinal y del anillo umbilical, etc.

Frecuencia.—En la monografía de las hernias, que publiqué en la edición española de la «Enciclopedia del Asshurt», de 1887, dí la estadística de la consulta pública de cirugía del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, desde 1.° de abril de 1878 al mes de octubre de 1887, habiendo asistido 6.777 niños, habiendo encontrado 774 con hernia, esto es, más de un 11 por 100, la proporción no ha disminuído, siendo suficiente que anote, para demostrarlo, que desde 1898 á 1908 han sido asistidas 1.246 hernias inguinales y 1.088 umbilicales.

Variedades de hernias.—Lo primero que llama la atención, es la enorme proporción de hernias umbilicales en el niño, casi tan frecuentes como la inguinal; pero me limitaré á hacer algunas consideraciones á propósito de las hernias vistas por mí en la época en que estaba encargado de la consulta. La hernia es más frecuente en los niños que en las niñas; así se ve que, de 764, pertenecen 540 al sexo masculino y 224 al femenino.

La repartición, por variedades, con relación al sexo, también es diferente, siendo 484 inguinales, 266 umbilicales y 6 crurales. Las 484 hernias inguinales se dividen en 404, que pertenecen á niños y 80 á niñas.

Las 266 hernias umbilicales pertenecen 126 al sexo masculino y 140 al femenino, y, por último, de las 6 crurales 3 pertenecen al primero y otras 3 al segundo.

Ya he apuntado antes que en estos últimos diez años se han visto 1.246 hernias inguinales, 1.088 umbilicales y un corto número de crurales, y reuniendo las dos cifras se ve que, en el espacio de veinte años, han sido asistidos en el Hospital del Niño Jesús 3.098 niños herniados, en las proporciones siguientes:

Sitio. — 1.730 hernias inguinales, 1.354 umbilicales, no llegando la proporción de las crurales al 1 por 100. En el sexo, la totalidad está representada por un 30 por 100 en las niñas y un 70 por 100 en los niños.

Haciendo una clasificación por el sitio y sexo, se encuentra un resultado que es importante consignar. En las hernias inguinales encontramos que el 84 por 100 pertenecen á los niños y sólo el 16 por 100 á las niñas, y, por el contrario, en las umbilicales el 53 por 100 pertenece á las niñas y el 47 por 100 á los niños.

Edad.—Otro hecho que debo recordar es la enorme proporción de hernias durante la primera época de la vida; en la primera estadística, de las 266 hernias umbilicales 177 pertenecen á niños de menos de un año, y 108 tenían menos de tres meses; de 484 hernias inguinales, 359 pertenecían á niños con menos de un año; esto es, que la generalidad de las hernias de los niños pertenecen á las primeras épocas de la vida.

La frecuencia de la hernia en la primera infancia está compensada por la frecuencia de la curación por el empleo de vendajes, curación que se obtiene en la generalidad de los casos, como sostengo en mi monografía antes citada, donde digo que, de 774 niños asistidos en el Niño Jesús, habían curado todos, excepto algún caso excepcional, pudiendo confirmar desde entonces la verdad de esta aseveración, con lo que se puede sostener que las hernias de los niños curan siempre, si se los atiende desde los primeros momentos; y esta afirmación es la que únicamente puede explicar el pequeño número de niños operados de hernia, dada la enorme cantidad de hernias que yo he asistido en la consulta del Niño Jesús. De estos hechos deduzco la siguiente ley: *el empleo metódico de vendajes cura las hernias en el niño.*

La consecuencia necesaria es que la operación de la hernia en el niño es la excepción, mientras que en el adulto es la regla general; y la razón de esta manera de pensar es bien sencilla: la curación en la primera infancia con vendajes es la regla, mientras que en el adulto es la excepción.

No entraremos en la discusión del mecanismo por el que se obtiene la curación en la primera edad, porque es un hecho reconocido por todos y que en todas partes se encuentra expuesto, y sólo recordaremos un hecho que no admite discusión: hemos visto que las hernias umbilicales representan el 44 por 100 de las hernias en los niños, mientras que en el adulto apenas llega esta proporción al 10 por 100, siendo este hecho más elocuente que todas las disquisiciones, obligando á admitir la curación, que bien se pudiera llamar casi espontánea de las hernias del niño, de lo que se deduce que para nosotros se necesita una indicación formal para operar las hernias en los niños.

Con arreglo á esta convicción no he operado en niños más que 70 hernias libres inguinales y 5 umbilicales, casi todas por debajo de diez años, y 9 estranguladas, en las que no hay discusión sobre la necesidad de la intervención; en niños menores de un año sólo he operado 2 hernias libres y 3 estranguladas (siete meses y nueve meses los dos primeros; cuatro meses, siete meses y ocho meses las 3 estranguladas); la generalidad de los restantes pertenecen á niños menores de seis años.

Dejemos por un momento las hernias estranguladas.

Indicaciones: 1.ª, la hernia acompañada de ectopia inguinal, el hecho es posible, pero excepcional; sólo he practicado dos veces la orquidopexia al mismo tiempo que la cura radical de la hernia; 2.ª, las hernias voluminosas que se encuentran algunas veces; con anillo inguinal muy grande, y en las que no es posible la curación por la evolución, y 3.ª, cuando la aplicación metódica de un vendaje durante bastante tiempo no da resultado. Puede existir alguna indicación secundaria, pero estos tres grupos son las tres principales indicaciones de la operación en la primera infancia.

¿Por qué limito de esta manera las indicaciones? Profeso el principio que siempre que se pueda curar sin intervención quirúrgica, se debe diferir la operación, y como tengo por principio la curación casi constante de la hernia del niño por medio de vendajes, he aquí por qué limito y preciso bien las indicaciones.

Por otra parte, á pesar de lo que se dice, la cura radical de la hernia libre no es del todo inocente, pues he tenido una muerte operatoria en un operado de hernia inguinal, y otro muerto, un niño de cinco días, operado de una hernia umbilical; claro es que estos son casos excepcionales; pero la posibilidad de la muerte en la operación de la hernia inguinal simple, y la casi seguridad de obtener la curación por los vendajes, induce al empleo de éstos siempre que sea posible, y sólo se debe recurrir á la operación cuando veamos la inutilidad del vendaje ó no creamos prudente su aplicación.

Pondría fin aquí á esta comunicación, pero creo necesario hacer notar algunos hechos de las hernias de los niños con relación á la relativa frecuencia de las hernias del ciego y al estrangulamiento herniario.

He encontrado la hernia de ciego en los niños con relativa frecuencia, y como esta hernia produce gran ensanchamiento del conducto y del anillo inguinal, es para mí este hecho una indicación formal de la operación.

Como antes he apuntado, he operado 78 hernias inguinales en los niños, en los que he encontrado ocho veces el ciego en el saco herniario, proporción enorme si se ve la poca frecuencia de la hernia del ciego en el adulto.

De estas 8 hernias, 5 eran libres y 3 estranguladas; excepción hecha de 2 observaciones, las otras 6 pertenecían á niños de poco tiempo; 3 tenían siete meses (una libre y dos estranguladas); uno tenía nueve meses, otro veintidós meses y un tercero dos años, y era estrangulada; de las otras dos una pertenecía á un niño de tres años y otra á uno de seis. Una de estas hernias era inguinal izquierda y pertenecía á un niño de siete meses y era estrangulada. La posibilidad de la hernia del ciego en el lado izquierdo es admitida por todo el mundo, pero es un hecho muy excepcional.

La estrangulación herniaria en el niño, sin ser excepcional, no es frecuente, bastando recordar el gran número de hernias asistidas en la consulta del Niño Jesús y el escaso número de hernias estranguladas por mí operadas, si bien es verdad que no hay necesidad de operar todas las hernias estranguladas del niño, porque la ataxis puede dar buenos resultados, habiendo visto hernias de niños de pocos meses que pude reducir con esta maniobra y curar después con vendajes.

Pero es preciso no perder mucho tiempo, menos aún que en el adulto, y si á las primeras tentativas de ataxis no se obtiene la reducción, operar, porque las lesiones intestinales son muy precoces.

El estrangulamiento es también un hecho de la primera infancia. De los 8 casos de hernias inguinales estranguladas operadas, uno tenía cuatro meses: encontré el intestino mortificado, hice una extensa resección de intestino delgado, murió pocas horas después de la operación; 2, siete meses: el contenido era el ciego; curación; uno tenía ocho meses: el contenido del saco era hemorrágico; muerte. Los otros 4 tenían catorce meses, quince meses, dos años y cinco años; todos curaron.

La novena hernia estrangulada era umbilical; pertenecía á un niño de tres años: extirpación del ombligo, curación. No he operado ninguna hernia crural en la infancia.

Acabaré recordando que de las 70 hernias inguinales libres que he operado, 66 pertenecen á niños y 4 á niñas; que las 8 hernias inguinales estranguladas son de niños y, por último, que las 4 hernias umbilicales libres operadas pertenecían á niñas (cincos días, muerte; diecinueve meses, tres años y nueve años, curadas), y que la hernia umbilical estrangulada pertenecía á un niño de dos años, curado.

Los procedimientos que he empleado en las hernias libres son los siguientes:

Extirpación del saco y sutura de los anillos	5 niños	con	5 hernias.	
Barker y sutura en asas	4	—	5	—
Procedimiento de Lucas Championnière	3	—	3	—
— de Duplay	1	—	1	—
3 planos de sutura (sutura en asas)	18	—	20	—
2 planos de sutura amovible y sutura superficial	37	—	39	—
1 doble, 1 con asas, 1 sutura de anillos	1	—	2	—
1 doble, 1 sutura amovible, 1 Duplay con sutura amovible	1	—	2	—
Total	70	—	77	—

Resultados: 69 curados; 1 muerto; ninguna reproducción.

El Dr. Lorthior (de Bruselas): Toda hernia de los niños debe ser operada. El braguero está contraindicado. Es preciso extirpar el saco lo más arriba posible sin incindir el conducto inguinal. La ligadura del cuello del saco es inútil y la refección del trayecto inguinal, excepto en casos raros.

El Dr. *Broca* (de París) no desecha en absoluto el braguero, con el que se obtiene la curación en el 50 por 100 de los casos, porque favorece la marcha natural del conducto peritoneovaginal hacia la curación.

Hernias: procedimiento operatorio.—El Dr. Ribera y Sans: Desde mis primeras operaciones de curación radical de las hernias me fijé en que se puede obtener la curación por todos los procedimientos, y la he obtenido de una manera radical haciendo la sutura de los anillos después de la extirpación del saco, empleando los procedimientos de Barker ó Lucas Championnière, habiendo empleado estos procedimientos en unos 50 casos, obteniendo en todos la curación, excepto en un operado por el procedimiento de Barker.

Pero desde los primeros momentos me apercibí que, á pesar de los cuidados de asepsia, había frecuentemente algún accidente, si no de importancia, lo suficiente para obtener durante algún tiempo la curación, tales como la formación de algún absceso con pequeña supuración, que acababa con la eliminación de alguna ligadura, del nudo de obliteración del saco, etc.

Por fortuna, no he visto ningún hecho de supuración grave, pero convencido de que la recidiva está más en relación con la supuración que con el procedimiento, cualquiera que él sea, si llena las condiciones que hace ya mucho tiempo exigía yo para el tratamiento de las hernias (Monografía de hernias, «Enciclopedia del Asshurt», edición española de 1887), dirigí toda mi atención á encontrar un procedimiento de sutura amovible, á fin de no dejar en la herida ningún cuerpo extraño, y me pareció que el procedimiento de Duplay reunía todas las condiciones deseadas, porque el procedimiento que adopté de sutura amovible con asas por debajo del cordón (16 de junio de 1906), á pesar de haberme dado buenos resultados, no era un procedimiento completamente eficaz.

Pero si en las nueve primeras operaciones á lo Duplay pude dividir el saco y hacer el nudo con él, me apercibí en seguida que es un procedimiento excepcional, y renuncié á él, porque en la generalidad de los casos el saco no tiene condiciones para ser dividido en dos partes, por lo que renuncié á su división, adoptando un procedimiento de sutura amovible, aceptando los principios de Bassin, de reconstitución de la pared posterior, haciendo una sutura de colchonero para la reconstitución de la pared posterior, y una sutura continua á punto por encima en dos planos, el uno por encima del cordón y el otro para la piel, procedimiento que dí á conocer al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, celebrado en Madrid el mes de mayo de 1898, y que empleé en la generalidad de los casos de hernia por mí operados hasta el mes de septiembre de 1905 (46 adultos y 20 niños).

La coaptación de los planos era perfecta; la extracción del hilo fácil; no quedaba en la herida ningún cuerpo extraño, porque el saco se introduce en el abdomen y no tiene relación alguna con la herida operatoria; pero á pesar de todo esto, me apercibí bien pronto que este procedimiento de sutura tiene algunos inconvenientes.

Es difícil dejar esta sutura de manera que no produzca alguna compresión, habiendo visto sobrevenir algún caso de orquitis debido, sin duda, á la compresión producida por la sutura, y á pesar de que todo acababa después de quitar ésta, resolví hacer una sutura absolutamente amovible que no dé lugar á la menor compresión, y creo haber obtenido este resultado, haciendo una sutura en zig-zag y en tres planos, que empleé por primera vez (29 de septiembre de 1905); fué comunicada al Ateneo de la Beneficencia municipal de Madrid en 3 de junio de 1906, por mi ayudante de clínica del Niño Jesús, Dr. Arquellada, y publicada por el mismo en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, en 28 de marzo de 1907.

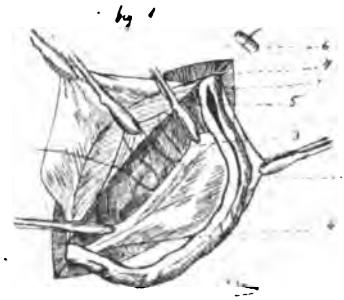
He aquí el procedimiento:

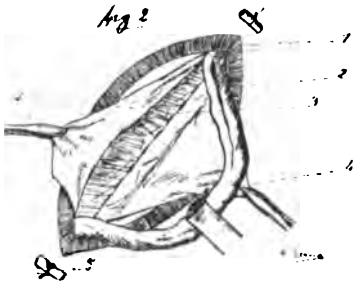
Después del aislamiento y extirpación del saco, se levanta el cordón para reconstruir la pared posterior, aceptando los principios propuestos por Bassini en el tratamiento operatorio de las hernias inguinales.

A un centímetro de la extremidad superior ó inferior de la incisión (figura 1, núm. 6), se hace penetrar la aguja, enhebrada con seda, de afuera á adentro, para salir al nivel de la pared posterior por debajo del cordón; se sujeta la extremidad de la seda por medio de un rollito de gasa (fig. 1, número 6), entonces se hace describir á la aguja un zig zag, y llevándola de la aponeurosis del transverso al borde posterior ó inferior del ligamento

de Poupart (fig. 1, núm. 3) hasta llegar á la extremidad inferior ó superior de la incisión, y entonces se pasa la aguja de adentro á afuera, para hacerla salir á un centímetro de dicha extremidad, tirando entonces de la seda hasta que se ponga en contacto el borde inferior del oblicuo menor y el transverso con el borde posterior ó inferior del arco crural, quedando reconstruída de esta manera la pared posterior (fig. 2).

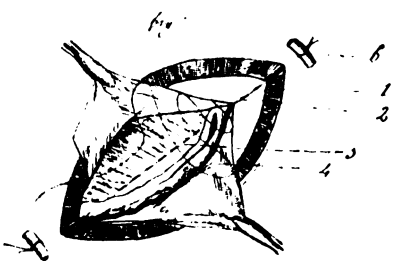
Se pone el cordón sobre la pared posterior, y entonces se reconstruye la anterior.

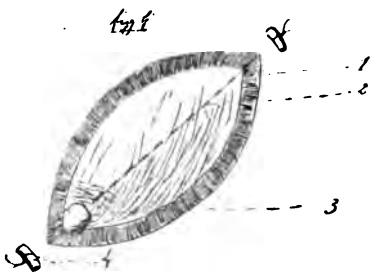




En mis primeras operaciones, siguienedo esta misma maniobra, hacía el segundo plano de sutura (fig. 3), pero después de algún número de casos operados he simplificado la operación, empleando la misma aguja y el mismo hilo para hacer los dos planos de sutura.

Rehecha la pared posterior, hago penetrar la aguja de afuera á adentro, colocando un rollo de gasa en el asa que así se forma, haciendo salir la aguja por encima del cordón; entonces, por medio de un zig-zag, se reune la aponeurosis del oblicuo mayor con el arco crural, haciendo salir la aguja





por el otro extremo de la incisión de adentro á afuera, y á medio centímetro del principio de la sutura, atando el cabo terminal de la seda con el cabo inicial. El resultado se ve en la figura 4.

Cierro la herida cutánea con una sutura continua.

A los doce ó quince días se cortan los rollos de gasa, pudiéndose quitar las sedas sin dificultad.

He hecho este procedimiento en el suficiente número de casos para tener la seguridad de haber resuelto lo que me había propuesto, esto es, hacer una operación sencilla, segura y fácil, sin dejar en la herida ningún cuerpo ex-

traño; 67 adultos operados de hernias libres por este procedimiento y 39 hernias en los niños, si no es un gran número, es el suficiente para juzgar de un procedimiento; además, debo añadir las hernias estranguladas y todas las hernias operadas en mis clínicas por mis ayudantes de clínica, internos, médicos adjuntos, etc.

Los resultados han sido constantes, no he tenido complicación alguna, he quitado siempre con facilidad la seda; he obtenido la curación en todos los casos, lo mismo que en el caso de hernia crural operada por este procedimiento.

El Dr. *Kallionzis* (de Atenas) cree que los dos métodos más empleados son la reconstitución antefunicular de la pared y el procedimiento de Bassini, con el que disminuyen al mínimum las recidivas.

El Dr. *Petrovitch* (de Nichl) dijo que ha operado 998 hernias por el método de Bassini con el 99 por 100 de curaciones durables, y 264 por el método de Kocher con el 98'8 por 100 de curaciones durables también.

El Dr. *Legueu* (de París) dijo que emplea el procedimiento de Bassini con hilos perdidos no absorbibles (crin de Florencia). Las paredes adquieren así una solidez á toda prueba, que permite al enfermo levantarse muy pronto.

El Dr. *Mauclaire* (de París), en las hernias voluminosas, hace la sección superior de todo el cordón espermático é ingerta el testículo aislado así sobre el del lado opuesto. Es la «sinorquidia artificial». En tres casos ha introducido el testículo en el vientre debajo del peritoneo, cerrando sólidamente por encima la pared del abdomen, creando una «criptorquidia artificial». — F. Toledo.

(Continuará).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 23 de Octubre de 1908 (1).

Sarcoma pigmentado, múltiple é idiopático de la piel. — El Dr. *Hugo Fasal* presenta á un hombre de setenta y siete años, que tiene unas infiltraciones relacionadas entre sí, bastante consistentes y de color rojo-pardo ó azul-obscuro en ambos piés y en ambas manos. En las pantorrillas se ve una infiltración difusa, sembrada á trechos de nódulos hemorrágicos. También hay una infiltración pardo-azulada y hemorrágica en la parte superior del glande. El arsénico al interior ha sido inútil, y en cambio se ha obtenido mejoría con los rayos Röntgen. El mal tiene de duración dos años.

Fractura del cráneo operada con éxito.— El Dr. *Emilio Ruttin* presenta un caso de fractura de la base del cráneo con prolapso del cerebro, infectada por una supuración crónica del oído medio y curada mediante operación. El enfermo, de cuarenta y nueve años, que á consecuencia de una caída había sufrido una fractura de la base del cráneo con desgarro de la dura madre, prolapso del cerebro y estrangulación de una rama de la arteria

(1) Primera del curso.

meningea media, venía padeciendo de antiguo de una supuración crónica del oído medio, que seguramente hubiera determinado una infección de las meninges á no haberse intervenido quirúrgicamente, puesto que al poco tiempo de haber ingresado el paciente ya había síntomas de una meningitis incipiente. El orador insiste en que, si una fractura de la base contraindica como tal una operación, la existencia simultánea de una supuración del oído medio la puede exigir de un modo directo.

Microorganismos de la sífilis.—El Dr. *Eduardo Lang* dice que, así como hay animales sensibles al espirocete pálido, hay otros que no lo son. En estos últimos el microbio, aunque prolifera, no provoca alteraciones anatomopatológicas. Pero aún en los primeros, hay localizaciones páticas ó con alteración anatomopatológicas y localizaciones apáticas del espirocete. Ahora bien, espirocetes procedentes de localizaciones apáticas pueden hacerse patógenos al ser transportados á otros individuos. También es frecuente que, espirocetes apáticos al principio, se vuelvan páticos después, debiendo, por lo tanto, contarse con fases páticas ó apáticas del espirocete. El transporte suele ser apático, pero hay casos en que determina lesiones anatomopatológicas.

Desde 1871 viene enseñando el orador que en la sífilis hay un contagio vivo, que se fija en la lesión inicial, prolifera en los tejidos y es transportado por los humores, y en especial por la circulación, á todo el resto del organismo. La mayor parte del virus que es difundido de este modo, es destruído, pero una pequeña parte, aunque permanece inactiva, es causa de recidivas más pronto ó más tarde.

Ya en la primera generalización del virus pueden ser interesados órganos interiores. El orador vió el primer caso de afección precoz de los centros nerviosos en 1878, y casos de irritación meningea en la sífilis incipiente en 1880. En este mismo año confirmó Schnabel las sospechas del orador, de que también en los comienzos de la sífilis deben presentarse alteraciones irritativas en los ojos. Por lo mismo, hay grandes motivos para creer que las recidivas en los ojos ó en otras partes del cuerpo deben atribuirse, aun después de años, á resíduos del principio contagioso que han quedado después de la primera generalización. Lesser ha reconocido también la significación clínica de estos hechos, y en igual sentido se expresa Erich Hoffmann.

Cuando faltan localizaciones páticas, es de gran importancia el descubrimiento de las apáticas: latencia de la sífilis. El primer paso promisorio para el suerodiagnóstico se lo debemos á A. Wassermann. Verdad es que Landsteiner ha demostrado que el suerodiagnóstico no tiene el valor de una reacción entre antígenos y anticuerpos, pero aun así es procedimiento muy útil, por más de que en la práctica hay que emplearlo con gran circunspección y miramiento.

La cuestión de la inmunidad es, sin duda alguna, la más difícil. ¿Los animales que en determinadas localizaciones del virus después de la inoculación de la sífilis nunca ó muy rara vez presentan productos morbosos sifilíticos, poseen una inmunidad natural respecto á dichas partes? ¿Es absoluta ó relativa la inmunidad de la mayor parte de la piel en los monos inferiores, en la que no se obtiene la lesión inicial? O en otros términos: ¿Es que los

espirocetes no hacen más que habitar de un modo apático en dichos sitios, ó bien sucede que ni llegan á fijarse en ellos ni tampoco pasan más adelante? Después de los ensayos de vacunación en conejos y monos, cabe admitir la existencia de una inmunidad parcial. Neisser duda de la existencia de la «inmunidad» y sólo admite un «cambio» (unstimmung). Sin embargo, no acompaña su hipótesis de ninguna apreciación original.

En el curso de la sífilis pueden influir: la cantidad y calidad del virus, la constitución del individuo y un gran número de circunstancias exteriores. Las estadísticas con que se pretenden demostrar las ventajas del tratamiento crónico intermitente, no pueden tener en cuenta estos factores, y, por lo tanto, es un error el creer que el curso de la sífilis se regula exclusivamente con arreglo al tratamiento específico. Los ensayos terapéuticos son tanto más útiles cuanto más favorecen á la inmunización, y en este concepto no debe desdeñarse la anafilaxia, siendo muy posible que también haya necesidad de contar con la anafilaxia de medicamentos. Los cuerpos inmunizantes específicos obran peor, si están muy concentrados, en determinadas circunstancias. En este sentido son también muy importantes ciertas observaciones de carácter farmacodinámico.

Así, v. gr., los cationes bivalentes se ha visto que son muy adecuados para debilitar, ó, en su caso, destruir la toxina, y, por lo que se refiere especialmente á $HgCl^2$, es bueno saber que: «una dilución al 1/20 de la disolución normal debilita á la toxina de un modo ostensible; una disolución al 1/200, la debilita menos; la dilución al 1/2.000 no la debilita nada, y en cambio las diluciones al 1/20.000 y al 1/200.000 ya son más eficaces que la dilución al 1/200».

En vista de esto, ¿no hay motivos sobrados para juzgar aún con más excepticismo el tratamiento crónico-intermitente de la sífilis?

Con el tratamiento preventivo se logran buenos resultados, á condición de que no se emprenda después del décimo al duodécimo día de haberse presentado la manifestación inicial. La conveniencia de este modo de proceder, que el autor viene aconsejando desde hace años, es apoyada también por los experimentos de Queyrat, quien en una serie de casos, sólo hasta el undécimo día, á partir de la aparición de la lesión inicial, pudo obtener una auto-infección, ó sea lo que el orador llama una infección post inicial.

Este tratamiento preventivo es mercurial, siendo bastante indiferente para el caso la elección de preparación y de procedimiento. Unicamente hay que seguir la regla fundamental de no emplear grandes dosis ni muy seguidas. Así, cuando se emplean las unciones se darán cada dos ó tres días y más tarde con mayores intervalos; con las inyecciones se procederá con la misma parsimonia, y si se trata de la vía gastrointestinal, también se prescribirán dosis la mitad ó un tercio de las corrientes. Este tratamiento atenuado se puede continuar meses sin inconveniente alguno, y para emplearlo es preferible la medicación interna. El orador usa exclusivamente sus píldoras grises, empezando por una y aumentando una cada día hasta llegar á seis diarias. Con esta dosis se continúa catorce días; se disminuye entonces una píldora cada dos días hasta que se llega á tres diarias, y se sostiene esta última dosis uno, dos ó tres meses. Se sigue reduciendo la dosis á los intervalos correspondientes á dos píldoras, y por

último, á una diaria. De este modo puede prolongarse el tratamiento sin recelo hasta cinco y seis meses.

Hasta qué punto el principio de un tratamiento suave convendrá seguirlo en los períodos ulteriores de la sífilis, es problema que deben estudiar los partidarios del tratamiento crónico intermitente.

(*Wiener Klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Heridas del corazón.—El Dr. L. L. Hill ha observado tres casos de heridas del corazón, y saca de ellos las conclusiones siguientes: Toda operación disminuye la mortalidad de un traumatismo dado de 90 á 60 por 100, tiene títulos para ocupar un sitio permanente en cirugía. Las heridas del corazón deben ser operadas sin perder tiempo. Si el sitio de la herida externa y sus síntomas hacen presumir que esté interesado el corazón, el cirujano tiene el deber de determinar la naturaleza del traumatismo por medio de una operación exploradora. Es necesario administrar un anestésico, de preferencia el cloroformo, excepto cuando el enfermo está sin conocimiento y no hay reflejo de la córnea. Los esfuerzos del enfermo son susceptibles de desprender un coágulo y de que se reproduzca la hemorragia. Es preciso no sondar la herida, porque puede lesionarse de un modo grave el miocardio.

La operación de Rotter facilita el acceso al corazón, permite evacuar la sangre derramada é inspeccionar las heridas de la cavidad pleurítica. Antes de intentar hacer la sutura del corazón, es preciso sostenerle bien introduciendo debajo de él la mano y sujetándole, ó si la herida es bastante grande, introduciendo por ella el dedo meñique, que sirve para contener la hemorragia y para facilitar las suturas.

Cuando la hemorragia es tan abundante que hace imposible la sutura, se coge con la mano derecha y cuidadosamente, el corazón, se le extrae del pericardio, se introduce debajo la mano izquierda y con los dedos índice y anular de esta mano se comprime la vena cava inferior en el sitio en que penetra en la aurícula derecha. Se ha demostrado que el corazón puede sufrir la compresión completa durante un minuto y la incompleta por espacio de minuto y medio.

Las suturas deben hacerse con catgut, porque las heridas del corazón curan con rapidez extraordinaria. Las suturas deben ser entrecortadas é introducirse y anudarse durante el diástole, no interesar el endocardio, hacerse el menor número posible.

El pericardio debe limpiarse con esponjas, sin verter líquido alguno en el saco, por las consecuencias graves que esto podía originar á un corazón debilitado. Antes de adoptar todas las precauciones asépticas, es preciso evitar el obstáculo que opone á los movimientos del corazón la acumulación de sangre en el pericardio, para lo cual se empleará la aspiración, pues la falta de resistencia por la hemorragia y la falta de limpieza por no

operar con arreglo á la asepsia más completa, contribuyen en alto grado al 40 por 100 de mortalidad por infección.

Para el desagüe son preferibles los tubos á la gasa, porque esta última es susceptible de producir la retención del derrame y de estrangular el corazón. En los casos de herida de éste por una aguja debe ser extraída en seguida, pero si el agente vulnerante es una hoja de bisturí no debe extraérsela hasta que el cirujano ha cogido el corazón y se ha hecho dueño de la situación, porque la extracción prematura puede ocasionar una hemorragia incoercible. — (*Medical Record*). — F. Toledo.

Un remedio más contra la tos ferina. — El Dr. G. Beldan, de Riga, refiere que, después de haberse convencido de la inutilidad de los remedios que se suelen aconsejar contra la tos ferina, prescribió á una niña de nueve años, teniendo en cuenta que se estaba desarrollando en ella un enfisema muy pronunciado, la siguiente fórmula:

Infusión de raíz de senega.....		10 : 170,0	centígramos.
Elixir pectoral.....	aa	3,0	—
Licor amoniacal anisado.....			
Yoduro potásico.....		1,5	—
Jarabe de senega hasta completar.....		200,0	—

Media cucharada, cuatro veces al día, cada cuatro horas.

Además prescribió:

Antipirina.....	aa	0,15	centígramos.
Clorhidrato de quinina.....			
Bromuro potásico.....		0,8	—
Lactosa.....		0,4	—

Mézclese para un papel y como éste nueve más.

Para tomar un polvo al despertarse y otro antes de acostarse.

El éxito fué sorprendente. Ya al segundo día del tratamiento se presentó, á la vez que una intensa coriza, una secreción mucosa profusa de las vías aéreas, y en cambio los accesos de tos perdieron casi en el acto su carácter convulsivo. Al tercer día el cuadro patológico estaba tan modificado, que, á no ser por la anamnesia, se hubiese diagnosticado, todo lo más, una coriza violenta.

Desde entonces ha venido empleando el autor este tratamiento con el mismo resultado, que atribuye muy principalmente al yoduro potásico de la mixtura. — (*Münch. med. Wochens.*). — R del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONGRESO NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

Celebrado en Zaragoza del 2 al 6 de Octubre de 1908

POR EL

DR. D. ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico, por oposición, del Hospital Provincial.

(Continuación).

III

Terminada de una vez para siempre la discusión referente al papel primordial que en el desarrollo de los conocimientos médicos tienen la clínica y el laboratorio, puesto que son tan inseparables que sin la una no marcha el otro y sin éste no progresa aquélla, no hemos de decir, al sintetizar los trabajos presentados para resolver los problemas de la tuberculosis, nada nuevo al afirmar que no ha habido división entre los que algunos llaman hombres de laboratorio y hombres de clínica.

Campo de investigación el laboratorio, piedra de toque de sus descubrimientos la clínica, aun los más partidarios de ésta no pueden prescindir de aquél ni en la etiología, ni en el diagnóstico, ni en el pronóstico, ni en el tratamiento. Desde que la figura más grande del siglo pasado en medicina, Claudio Bernard, constituyó de una manera definitiva la única forma exacta de progreso en nuestra ciencia, es decir, el criterio experimental, solamente el determinismo puede imperar en nuestros trabajos, y así en el Congreso de Zaragoza los partidarios de una y otra doctrina no han tenido más remedio que aunar sus esfuerzos para determinar de una manera definitiva los conceptos modernos de la tuberculosis en todos sus aspectos médicos.

El asunto de mayor debate, y en el que no ha terminado la lucha ni decisiva ni definitivamente, en el que todavía no reina una paz octaviana, es el que se refiere al papel del germen y del terreno, no ya en la tuberculosis, sino en todas las enfermedades de causa viva. En este Congreso hemos continuado divididos los que damos al germen la preponderancia, la especificidad de la enfermedad como uno de los caracteres *sine qua non*, y los que creen que las modalidades de esta enfermedad en la clínica proceden de la constitución defensiva más ó menos intensa del terreno. No por ser nuestro, sino por la novedad que ofrecía, citaremos el trabajo presentado respecto á la necesidad de una nueva revisión, referente á la tuberculosis y al puesto que en la historia natural ha de ocupar el germen descubierto por Koch en la noche célebre del 21 de marzo de 1882. Este trabajo tiene sus precedentes en los que han hecho muchos bacteriólogos, y hoy está en plena actividad el asunto de la morfología del germen específico de la tuberculosis.

En esta revisión va marcándose la tendencia de inculpar las formas y gravedad de la tuberculosis á las formas é intensidad infectiva del germen, al extremo de creer muchos clínicos que las formas graves responden á causas de gran potencia morbígena, á gérmenes muy patógenos, y que ante estos gérmenes eminentemente patógenos no hay terreno alguno que pueda ser barrera infranqueable para dicho germen, tan positivo, tan real como causa de la tuberculosis, y tan obscuro, tan indeciso en su relación y en sus manifestaciones subsiguientes á la vida propia del germen, es decir, á la toxicohemia en la tuberculosis, y hay muchos ya con nosotros, ó, mejor dicho, nosotros formamos con muchos en el campo de los que creen que algunas veces no hay posibilidad de que las defensas orgánicas alcancen el triunfo, ya desde el punto esencialmente fagocitario, ya desde el punto de vista químico, por inmunidades adquiridas ó innatas é implantadas en las especies animales capaces de padecer la tuberculosis en sus múltiples modalidades clínicas.

Pero no nos duelen prendas; en el Congreso de Zaragoza, que en esta discusión alcanzó el más alto grado de los actuales conocimientos que informan el asunto, se aportaron hechos curiosos respecto al germen, á la técnica de su investigación, á sus inoculaciones en serie, á las asociaciones bacterianas, modificando el aspecto clínico de algunas tuberculosis y la exaltación patógena de algunos gérmenes, determinándose un éxodo de la zona séptica del

aparato respiratorio á la zona aséptica, y cuanto pudiera esperarse de lo pertinente al elemento causal, pero ha habido más partidarios de que las modalidades de la tuberculosis se deben á la constitución defensiva del terreno, y que el germen no es nada más que un accidente en este trabajo de patogenia.

Algo más conformes hemos estado todos en lo que se refiere al papel de las toxinas en relación con algunos síntomas, sobre todo con la fiebre y la hemoptisis, admitiendo que estos síntomas son más bien nacidos del concepto toxicohémico que del concepto realmente bacteriano, considerando la fiebre desarrollándose en dos aspectos, la dependiente de los procesos inflamatorios más ó menos defensivos del organismo, y la que pudiéramos llamar fiebre consuntiva, la fiebre éctica antigua, la fiebre toxicohémica determinada no ya únicamente por las toxinas del germen de Koch, sino también por las determinadas por otros gérmenes asociados á éste.

No es este momento de discutir la teoría corpuscular de la fiebre y la teoría química, pero en la tuberculosis hemos tenido que tratar los problemas de este proceso, campo de batalla de todas las opiniones á través de la historia de la medicina, quedando en que esta grave complicación no es una parte esencial del cuadro de la tuberculosis, pero sí una de las complicaciones más temibles y de más difícil tratamiento.

El asunto de las hemoptisis se trató en una Memoria extensa del Catedrático de Patología general de Barcelona, Sr. Oliver, con tal extensión que pudiéramos decir que resumió todos los conceptos patogénicos de esta temible complicación, quedando como orden del día para el próximo Congreso un estudio detenidísimo de la misma, sobre todo, desde el punto de vista del pronóstico y de la condición premonitoria, cada día más restringida en el concepto de engendradora del proceso tuberculoso.

No ha faltado en el Congreso de Zaragoza el problema del diagnóstico precoz de la tuberculosis, pero realmente no ha sido éste, como en Congresos anteriores, un verdadero problema diagnóstico, sino el que se viene planteando en estos últimos tiempos del diagnóstico por las reacciones de la serología. Fué esta cuestión lo que pudiéramos llamar primeras avanzadas de los partidarios entusiastas de la tuberculina, creyendo que con este medio se adelantaba mucho en el diagnóstico de la tuberculosis.

En esta discusión se ha tratado de la subcutirreacción, la cutirreacción, la oftalmorreacción, la serorreacción y la investigación del

índice opsónico. Con dificultad podríamos decir cuál ha sido el medio más defendido, y sólo podemos afirmar que no han tenido gran aceptación como medio exclusivo ninguno de estos procedimientos, pues todos responden en sus manifestaciones á enfermedades muy distintas de la tuberculosis. El índice opsónico ha sido tal vez el más combatido, pues son tales las diferencias de índice opsónico entre los tuberculosos, aun los más semejantes, que la fórmula opsónica no es ni con mucho ni aun indicio de tuberculosis. Insistimos sobre esta derrota del índice opsónico en los Congresos de la Tuberculosis de Washington y de Zaragoza, porque ha habido muchos que hasta han llegado á tomar este índice como guía é indicación de las inyecciones de tuberculina. Si además tenemos en cuenta la derrota del leucocito como defensor antituberculoso, nada tiene de extraño que por ahora el índice opsónico no le consideremos ni siquiera como auxiliar en un diagnóstico de tuberculosis cerrada, hasta nuevos estudios sobre este medio.

Respecto á la oculorreacción, aun sus inventores y partidarios se van batiendo en retirada por ser mayores sus inconvenientes que sus ventajas, y como no se lee obra ó trabajo de oculística que no traiga casos muy desgraciados de acción nefasta de la oculorreacción, creemos que después de los trabajos entusiastas de Calmette irá este recurso desapareciendo, como ha de suceder, en nuestra opinión, con todos los fundados en la tuberculina aplicada á la especie humana, mientras no se encuentre una tuberculina verdadera, pues los remedios empleados hasta ahora, como veremos al llegar al tratamiento, no son especies determinadas, sino extractos más ó menos activos que contienen algunos productos difusibles del germen de Koch.

Los medios basados en las reacciones cutáneas ya más exentos de inconvenientes comprendiendo la dermorreacción de Lignieres, de Buenos Aires, han tenido en el Congreso de Zaragoza sus partidarios, y no han levantado tantas protestas como la oftalmoreacción.

El serodiagnóstico de la tuberculosis llevado al Congreso de Montpellier en 1898 por Arloing y en 1900 analizado en la *Presse Médicale* en la pág. 149 del segundo semestre por el mismo Arloing y por Courmont, no ha avanzado por camino tan franco y despejado como el de las otras serorreacciones diagnósticas. Problema menos claro que el serodiagnóstico del tifus por las dificultades de obtener cultivos homogéneos del germen de Koch, por su tendencia á

desarrollarse, tanto en los medios líquidos como en los sólidos, bajo forma de un velo ó de conglomerado en forma de escamas, han sido parte estas dificultades de técnica, aun con las modificaciones de Marzagalli, sustituyendo los cultivos de Arloing y Courmont por líquidos que contiene la pulpa bacilar, y publicados en la *Gaceta de los Hospitales* el 12 de febrero de 1905, para no alcanzar con este medio los éxitos en la tuberculosis obtenidos en otras enfermedades.

El valor del serodiagnóstico, por lo tanto, no ha dado hasta ahora el resultado definitivo. Así tampoco podemos confiar mucho en la prueba del vejigatorio, aun con los trabajos de Humbert de 1902, porque el tanto por ciento de los leucocitos, del 10 al 14, no es ni con mucho fórmula específica de la tuberculosis.

La prueba experimental de las inoculaciones queda siempre como el mejor método, pero no puede reconocerse como un método de amplia aplicación práctica, aun recurriendo á los conejos de Indias, pues hace falta más de quince á veinte días para obtener la respuesta positiva ó negativa.

No como apasionados, sino como cronistas fieles, diremos que los rayos X han tenido en Zaragoza verdaderos creyentes como uno de los medios auxiliares más eficaces del diagnóstico de la tuberculosis. Tal vez sea innesario decir que todos los que practicamos este medio inofensivo somos casi exclusivistas, prefiriendo la radioscopia á la radiografía por creer que vale más observar la funcionalidad del pulmón y el diafragma que las sombras más ó menos demostrativas que se obtienen en una radiografía. La aritmia diafragmática del lado enfermo no es posible reconocerla sin la radioscopia, y nosotros añadiremos que hecha con pantalla grande y en plena obscuridad de diez á doce minutos antes de dar corriente y producir los rayos X.

En resumen, en lo que respecta al diagnóstico se ha demostrado que todos los medios basados en inyecciones no dan reacciones ni con mucho específicas, ni la oculorreacción ni la cutirreacción, y, por tanto, en el asunto del diagnóstico nos hemos quedado en los términos en que quedó el Congreso de Londres.

Claro es que nos referimos al diagnóstico en la forma cerrada cuando todavía los productos libres no permiten la investigación del bacilo, porque cuando se cuenta con este recurso todos los demás quedan en una inferioridad tal que sería hasta necio insistir en este asunto, como no lo ha hecho el Congreso de Zaragoza.

Algún que otro detalle se ha llegado á presentar para afinar el diagnóstico precoz como el de la reacción que yo he llevado y que no podía confundirse con las reacciones de la roseola traumática, como pretendió mi ilustre amigo el Dr. Azúa, ni con el clásico chichón ni con muchos otros, pero éste fué, como digo, ligero detalle, así como el de la zona peligrosa de la parte posterior de la región apicular del pulmón.

IV

La prueba de la identidad de opiniones que reina en el asunto de la lucha antituberculosa, es que esta Revista del Congreso de Zaragoza parece en el momento actual un fiel reflejo de lo sucedido con mayor número de trabajos, tal vez con algo más de trabajo de laboratorio de lo sucedido en el Congreso de Washington, tanto en lo referente al problema social, en que se ha llegado á un concepto bastante claro, como en los problemas de profilaxia en el concepto moderno, ó sean los nacidos en el seno del laboratorio.

En Zaragoza, como en el Congreso Americano, se ha tratado el problema de la inmunidad como uno de los medios del porvenir en la lucha antituberculosa, para llegar á vencer esta terrible enfermedad. Asentando los trabajos de laboratorio sobre las observaciones tradicionales de inmunidades naturales para muchas enfermedades, se ha tratado de llegar en la tuberculosis á conseguir esta inmunidad, ya por medio de la inmunidad en apariencia natural, pero en realidad adquirida en la vida intrauterina y á veces por ataques leves de la misma enfermedad, como lo han demostrado en la tuberculosis los hechos de Marfan, tan conocidos de todos, ya como se trata en la actualidad, de conseguir esta inmunidad por medios artificiales, ya se admita la teoría de la adición, ya la de las toxinas, la de las reacciones del organismo, la teoría humoral, ó la más reciente de las citolisinas.

Realmente, en el Congreso de Zaragoza el problema de la inmunidad está esencialmente contenido en los trabajos de mi ilustre amigo Martín Salazar, puesto que el del bacteriólogo eminente Ferrán más bien tiene tendencia á plantear problemas de tratamiento que problemas de inmunización.

El trabajo de Martín Salazar fué objeto de animada discusión de controversia durante casi una sesión, pero de unánime felicitación á tan distinguido médico clínico é inteligente hombre de labo-

ratorio. Bien merece que este trabajo me separe de mi propósito de sintetizar y que transcriba las conclusiones íntegras, para que nuestros lectores puedan juzgar de las mismas, sintiendo no poder publicar las 61 páginas de trabajo tan bien pensado y que marca con entera seguridad nuevos derroteros en el camino de la profilaxia tuberculosa.

1.ª Sin negar que el sistema de defensa puesto en práctica hoy día contra la tuberculosis en el mundo aminore algo la enormidad del mal, mirado en su conjunto, ni dudar tampoco en la posibilidad remota de que se descubra con el tiempo un medicamento bactericida que, como la quinina en el paludismo ó el mercurio en la sífilis, sea capaz de destruir el bacilo de Koch en la intimidad de los tejidos sin lesión formal del organismo, yo profeso la opinión de que el problema individual y social de la tuberculosis, de su profilaxis y de su cura, está esencialmente encerrado, hoy por hoy, en el propósito de hacer al individuo inmune por medio de un mitridatismo preventivo, y de curar la enfermedad por procedimientos de inmunización activa y pasiva.

2.ª Las causas principales que se oponen á la inmunidad experimental en los animales y á la inmunización preventiva y curativa del hombre dependen: de la estructura anatómica especial del bacilo de Koch, singularmente de la cubierta grasosa que le envuelve, de las defensas que éste crea en la lucha, de la toxicidad de los venenos que desarrolla y del carácter localista y crónico de la infección tuberculosa.

3.ª La tendencia científica actual es la de considerar la acción de las aglutininas tuberculosas y demás anticuerpos específicos defensivos, como funciones químicas dependientes de las reacciones mutuas de las substancias coloideas.

4.ª Las dificultades del fenómeno de aglutinación en la tuberculosis y su escaso valor clínico aplicado al suerodiagnóstico, estriban, por parte del germen, en la naturaleza química de la membrana de cubierta, que no es coloide, que no es coagulable; y de parte del organismo, en la escasa cantidad de aglutininas que éste engendra en su lucha reaccional con el microbio.

5.ª La reacción de las precipitinas va sustituyendo poco á poco á la de las aglutininas en el suerodiagnóstico de la tuberculosis, y los nuevos estudios de Bonome permiten extender sus aplicaciones á lo siguiente: al diagnóstico de la infección tuberculosa en general, á la diferenciación de la tuberculosis de origen humano

y bovino, al reconocimiento diferencial de distintas razas de bacilo de Koch y á la demostración de infecciones mixtas.

6.ª Respecto á las opsoninas y á la investigación del índice opsónico en los tuberculosos, según el método de Wright, como guía del tratamiento por las tuberculinas, sin negar que pueda prestar alguna vez en la clínica excelentes servicios, son tantas las contingencias que hacen variar el resultado de la investigación, que no se puede menos de mirar con desconfianza su resultado definitivo.

7.ª Fundándome en la mayor sencillez de la reacción de las precipitinas, he ideado un plan de investigaciones experimentales y clínicas, dirigido á fijar el índice precipitínico de los tuberculosos, como Wright fija el índice opsónico de sus enfermos, en la seguridad de que, si los hechos responden á la concepción teórica que tengo de ello, se ha de obtener un medio más fácil y expedito que el de las opsoninas para apreciar el grado de reacción defensiva de los tuberculosos en el curso del tratamiento por las tuberculinas.

8.ª El bacilo de Koch, en el interior de los organismos infectados, crea en su defensa, alrededor de su membrana celular exterior, unas substancias especiales que se oponen á la fagocitosis y que en general se llaman *antifaginas*, y en esto estriba seguramente una de las mayores dificultades con que tropieza la naturaleza para alcanzar la curación espontánea y la ciencia la cura artificial de este padecimiento. Y si esto fuera cierto, ¿no sería interesante aislar esas antifaginas y, por inmunización activa ó pasiva del hombre y los animales, obtener *contra-antifaginas* capaces de atacar y destruir este primer blindaje de las bacterias en el interior de los tejidos, sin lo cual es imposible que obren eficazmente los fagocitos y demás anticuerpos encargados de realizar la curación de la enfermedad?

9.ª Aunque han fracasado hasta ahora por completo todos los intentos de inmunización artificial para conseguir la preservación y cura de la tuberculosis, yo soy de los que creen que hay que mantener la fe viva en el porvenir, ya que el estado actual de nuestros conocimientos sobre la naturaleza de las infecciones no nos permite seguir otro camino.

10. Admitiendo que el tratamiento específico por las tuberculinas es muy lógico y racional, yo sostengo que su acción debe ser muy limitada; porque el proceso de inmunidad por las tuberculinas está muy lejos de ser igual al de la tuberculosis en toda su inte-

gridad, y porque, á todo conceder, la tuberculinoterapia no será capaz de combatir más que un aspecto parcial de la intoxicación. Así y todo es, hoy por hoy, el único medio específico que poseemos, y está llamada, utilizándola en los comienzos del mal, y con ayuda de la vida al aire libre y en plena naturaleza, á prestar excelentes servicios en la práctica, mejorando, y no sé si curando efectivamente á muchos enfermos.

11. En cuanto á la tuberculina como medio de diagnóstico, el método antiguo de la inyección subcutánea de Koch está totalmente desechado; y los modernos de la oftalmorreacción de Calmette, de la dermorreacción de Pirquet, de la cutirreacción de Lignieres, etc., se hallan todavía en plena discusión y con vistas al olvido.

12. La anafilaxia es debida á la acción de una substancia tóxica creada por el organismo en el trabajo de inmunizaciones y en calidad de un epifenómeno que acompaña al total proceso de protección definitiva del individuo; y los clínicos que se dedican al tratamiento de los tuberculosos por la tuberculina, deben conocer y seguir este asunto en sus menores progresos, no sólo para juzgar bien del significado y valor de las reacciones de los enfermos, sino además para aprovechar los medios antianafiláxicos que se vayan poco á poco descubriendo, siempre que no se opongan á la obra inmunizadora que con la medicación se persigue.

13. La sueroterapia antituberculosa está desacreditada.

14. El método de Bier, aplicado al tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, es racional y puede dar algunos resultados.

Respecto al trabajo de Ferrán, sentimos que no haya hecho deducciones concretas para publicar también sus conclusiones; pero su manera de pensar tan individual y el no haber constituído tema de discusión su folleto, nos impide transcribir éste, que á todas luces es completamente refractario á un extracto, y hace falta leerlo, tanto por los partidarios de las doctrinas de Ferrán, como por los opuestos á ellas.

Este tratamiento profiláctico queda también, en mi opinión, como orden del día para el próximo Congreso, y quédanos á nosotros, para terminar la síntesis de este concurso médico, los del pronóstico, la curación y el tratamiento de la tuberculosis, según lo ha entendido el Congreso de Zaragoza.

(*Concluirá*).

REVISTA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. SIXTO MARTÍN Y MIGUEL

Médico de Sanidad militar; Jefe de las consultas de Dermatología y enfermedades venéreas del Instituto Rubio y de la Policlínica del Refugio.

SUMARIO: I. Cicatrices hipertróficas consecutivas á una sifílide papulosa.— II. Serodiagnóstico (reacción de Wassermann) en un enfermo de chancro sifilítico de la amígdala. — III. Nuevo tratamiento del acné.

I. Hace próximamente un par de meses se presentó en mi consulta particular un enfermo con una erupción papulosa, no muy confluente, que por su aspecto sospeché se trataba de una sifílide secundaria; llamaron fuertemente mi atención desde el principio, unas cuantas cicatrices que observé en la cara y cuerpo, sobre todo en el primero de estos sitios, y al preguntarle sobre el origen de ellas, me dijo que fueron consecutivas á granos anteriores iguales á los que ahora tenía; por su manera de explicarse, y más tarde por la forma cómo contestaba á mis preguntas, comprendí lo ajeno que el enfermo estaba de sospechar que su enfermedad era una infección sifilítica.

Haré de una manera lo más compendiada posible la historia de su afección actual, que es lo que por ahora nos interesa: en junio último tuvo una pequeñísima herida como una rasgadura en el surco balanoprepucial, á la que no dió importancia ninguna; primero, por la confianza absoluta que tenía con la mujer con quien había cohabitado, y segundo, porque con simples lavatorios de agua boricada se curó en muy pocos días; un par de semanas después de curado, lo que indudablemente fué el chancro sifilítico, tuvo ligeras molestias en la garganta, á las que por lo insignificantes tampoco dió importancia; desaparecieron con colutorios de clorato potásico, que él mismo se prescribió; poco más tarde se le presentó una erupción en el tronco y en la cara; aunque no le producía dolor ni picor alguno, le molestaba, sin embargo, tener aquellos granos en un sitio tan ostensible, por lo cual consultó con un médico. Preocupado el enfermo, principalmente con estas lesiones de la cara, no hizo mención de la que tenía en el resto del cuerpo, y como el interrogatorio no fué sin duda muy minucioso, se redujo la visita á la inspección de esta región. El tratamiento se redujo al uso interno de la zarzaparrilla, como depurativo de la sangre y á lavatorios en la cara con

agua de Carabaña. Los granos, dice el enfermo, que unos desaparecían, dejando tras sí sólo una mancha, pero en cambio, otros adquirían mayor tamaño, producían las cicatrices que en la actualidad tiene. Observando que la erupción aumentaba, pues era mayor el número de granos nuevos que salían que el de los que curaban, vino á mi consulta en el siguiente estado: á primera vista las pápulas daban, como digo anteriormente, la impresión de una sifílide; desnudado el enfermo, observé que esta erupción era generalizada, ocupando además de la cara, el tronco, los brazos y las piernas. Las pápulas estaban diseminadas, siendo algo más confluentes en el mentón, frente y espalda; su distribución era completamente irregular, sin guardar relación unas pápulas con otras ni semejar ninguna figura geométrica. Las únicas partes libres eran el dorso de las manos y de los piés. El aspecto de estas pápulas era muy variable, así como su tamaño y elevación; color rojo-obscuro, contornos perfectamente circulares y superficie plana, en unos muy lisa y en otras algo resquebrajada y con escamas, según su mayor ó menor antigüedad; en esta última clase ha podido verse muy típico el anillo de Biet, que es un ribete blanco grísco que rodea á la pápula y que es debido á la ruptura de las capas superficiales de la epidermis. Por el tacto podía observarse cierta dureza bastante profunda, parecida á la de un infiltrado. Algunas manchas parduzcas situadas entre las pápulas indicaban los sitios donde existieron otras anteriores. Varias de éstas, en lugar de terminar por una mancha que va poco á poco borrando, que es su forma más frecuente de curación, se ulceraban más ó menos, cubriéndose de costras y dejando, por último, cicatrices que adquirían las formas más varias; unas alargadas é irregulares y otras redondeadas, pero todas de consistencia bastante dura y de color que variaba del blanco al apizarrado.

Además de todas estas lesiones, lo suficientemente típicas para diagnosticar la afección, se veía lo que impropiamente se conoce con el nombre de psoriasis palmar y plantar, que no es más que una sifílide papulosa de estas regiones donde, por ser la capa córnea muy gruesa y tener bastantes pliegues que por el constante ejercicio se estiran y retraen, se resquebrajan en seguida, cubriéndose de escamas, que es lo que le da el nombre. Al lado de estas lesiones psoriasiformes se veían manchas redondeadas de color más ó menos rojo vinoso, que iban poco á poco haciéndose prominentes y dolorosas á la presión, lo cual no es más que la primera fase de las pápulas.

En uno de mis anteriores artículos llamaba la atención sobre lo poco que siempre debemos fiarnos de lo que los enfermos nos dicen, aun de aquellos que, como el de que ahora me ocupo, no tiene el inexplicable interés de algunos, de tratar de ocultar al médico su enfermedad; como prueba de cuanto llevo dicho, tenemos lo que ocurrió con este enfermo: preguntado si tenía ó notaba algo en la boca ó garganta, me contestó que no, y, sin embargo, al reconocerle, observé un aumento de las amígdalas, con algunas placas en forma de erosiones opalinas y otras dos en la mucosa del labio inferior y una en la del superior; los bordes y punta de la lengua estaban irritados; al hacerle notar cuanto había visto, dijo que nada había dicho de ello porque no sentía ninguna molestia ni se había mirado la boca.

El rosario ganglionar inguinal era típico y los ganglios epitrocleares estaban manifiestamente aumentados de volumen.

En vista de todo lo expuesto, claro es que no cabía duda que se trataba de una sífilis, por lo cual le sometí desde aquel mismo día á tratamiento; por ser una sífilis abandonada, por la persistencia de la erupción papulosa y por las cicatrices que algunas de ellas dejaron tras de sí, creí indicado un tratamiento enérgico, por lo cual recurrí á las inyecciones de sales insolubles, empleando el salicilato (10 centígramos por inyección suspendida en 1 gramo de parafina líquida), al que profeso verdadero cariño por los rápidos y brillantes resultados que con dicha sal mercurial he obtenido. En efecto, á la tercera inyección empezaron á notarse sus beneficiosos resultados, haciendo desaparecer rápidamente las manchas que quedaban y disminuyendo poco á poco de volumen las pápulas; á la sexta inyección, no sólo la mejoría antes dicha fué acentuándose, sino que las cicatrices fueron disminuyendo de consistencia y tamaño, resaltando menos del resto de la piel; ahora lo tengo descansando del tratamiento mercurial y espero que vencida como está la afección en su principio, la curación ha de ser rápida.

Como ha podido verse, este no es más que un caso de sífilis vulgar, con la única particularidad de las cicatrices á que ha dado lugar; por ser este un caso raro, pues por lo menos yo es el primero que veo, me ha parecido de algún interés darlo á conocer, así como las siguientes notas publicadas por el Dr. Alex Renault, á propósito de otro enfermo parecido.

Dicho enfermo dice que presentaba diseminados por el tronco y miembros superiores cicatrices que objetivamente ofrecían tres aspectos diferentes.

Unas estaban extendidas, más ó menos estampadas y de contornos muy irregulares.

Otras perfectamente circunscritas, más blancas que las partes inmediatas y del diámetro y aspecto de una lenteja.

Estas dos primeras variedades se caracterizaban por ser muy tenues y presentar una ligera depresión en su superficie.

La tercera variedad es mucho más interesante: sus elementos presentaban el mismo diámetro y coloración que la anterior, pero lo que le daba su aspecto característico era que traspasando el nivel de los tegumentos de alrededor, estaba rodeado de un borde ligero, pero apreciable á la vista y al tacto.

El origen de todas estas cicatrices era la sífilis, pues se trataba de un enfermo el que, á consecuencia de un chancro, se presentó al Dr. Renault con la piel cubierta de úlceras y pápulas y otros accidentes secundarios y terciarios que indicaban que desde los primeros meses se trataba de una infección grave; por haber ido tan tarde el enfermo, aunque se empleó inmediatamente un tratamiento enérgico, no pudieron evitarse la formación de las cicatrices antes descritas.

II. La cuestión del serodiagnóstico de la sífilis es en la actualidad una de las más discutidas, por lo que creo de interés transcribir uno de los casos experimentados por los Dres. Gastou y Girauld, con el resultado obtenido, que sirve para determinar el valor que puede tener esta reacción en el diagnóstico de la sífilis durante el período de la incubación secundaria, es decir, para diagnosticar la naturaleza del chancro.

Se trata de un hombre de unos cincuenta años, que se presentó en la consulta á los ocho días de éstas, padeciendo de la garganta.

En la región submaxilar de los dos lados se apreciaban al tacto ganglios infartados muy voluminosos en el lado derecho y muy antiguos, según dijo el enfermo; los del lado izquierdo eran, por el contrario, muy recientes, pues coincidió su aparición con el principio de las molestias de la garganta; su tamaño era más reducido.

Examinando la faringe se vió, en efecto, la amígdala izquierda muy voluminosa, enucleada y pediculada; tenía el tamaño y la forma de una nuez. La úvula estaba en contacto con ella, cubriendo parte de su superficie. Separándola se observó en la superficie de la amígdala una pequeña erosión de forma circinada, muy superficial y cubierta de un ligero exudado blanco ó más bien de un revestimiento semejante al de las placas mucosas. Al tacto la amíg-

dala no era dolorosa, pero daba una sensación de dureza y tensión especial.

Se sospechó en seguida que se trataba de un chancro sifilítico, pero el enfermo dijo que no pudo haber contagio y atribuyó el accidente de la amígdala á una pequeña picadura que, quince días antes, dice se había causado con una hoja de alcachofa.

El examen del resto de la cavidad bucal, de los tegumentos y del pene no permitió descubrir ningún accidente sifilítico. El enfermo dijo que jamás había tenido afección alguna de la piel ni de las mucosas.

Examinado el exudado de la amígdala al microscopio, pudo descubrirse con toda claridad la existencia del espiroqueto; el diagnóstico, pues, de sífilis de la amígdala, era indudable. Se hizo volver al enfermo algunos días más tarde, á los veinte aproximadamente de haber empezado las lesiones de la garganta, y se le practicó la prueba del serodiagnóstico de la sífilis.

Se le aplicaron dos ventosas de Bier en la espalda. Como primer tiempo, el líquido recogido se calentó á 56°, después se mezcló con agua salada á 8'5 por 1.000, en seguida con suero fresco de conejillo de Indias, y por último, con el extraído de hígado sifilítico. Así mezclado, se llevó á la estufa á 37°, durante dos horas, en tubos de ensayo.

Como segundo tiempo, se añadió al suero de conejo, al cual se le habían inyectado anteriormente hematíes de buey, una emulsión de otros hematíes de buey en agua salada á 8'5 por 1.000.

Se volvieron á colocar los tubos en la estufa á 37°, durante dos horas, y al cabo de este tiempo la hemolisis era completa en todos ellos. Este resultado demostró que la reacción de Wassermann, y por consiguiente, el serodiagnóstico, fué negativo.

¿Qué conclusión puede sacarse de esta serorreacción negativa, mientras que el diagnóstico del chancro sifilítico fué confirmado por la presencia de espiroqueto en el exudado de la amígdala?

Las siguientes: 1.ª, que el serodiagnóstico de la sífilis es negativo, mientras la infección no se haya generalizado, y 2.ª, que en los casos dudosos esta reacción de Wassermann no parece ser un medio cierto para afirmar la naturaleza sifilítica del chancro.

III. Con tanta frecuencia nos vemos consultados por enfermos que sufren esta dolencia, y nos encontramos con tantos acnés rebeldes, que cuanto trabajemos y leamos por ver los medios de combatir esta enfermedad ha de parecernos poco hasta que hallemos el medio

seguro de vencerla; por todas estas razones me parece útil dar á conocer el nuevo procedimiento empleado por el Dr. Masotti y publicado por el mismo muy recientemente.

Sea cual fuere la génesis del acné, es indudable que el comedón juega un papel muy importante en la patogenia de esta dermatosis, esencialmente recidivante. Es preciso considerarlo siempre como un enemigo, del que debemos librarnos á toda costa.

De los numerosos instrumentos que se han construído é imaginado para llenar este objeto, no existe ninguno que sea realmente práctico. Los dolores provocados por estos diversos instrumentos han sido en general tan vivos, que, por último, se ha preferido extraer los comedones por la simple presión de los dedos.

El extractor tipo que ha servido de modelo á todos los autores, es la llave ordinaria del reloj de bolsillo; esta llave tiene, por de pronto, el inconveniente de ser muy dolorosa, por la sencilla razón de que la presión no es progresiva, sino que se hace de repente; además, no siempre se consigue facilitar la salida del comedón por una compresión centrípeta gradual sobre los tejidos inmediatos.

El extractor del Dr. Brocq, que pasa, no sin razón, por ser el mejor, no es más que un perfeccionamiento de la llave de reloj, sobre la que tiene la ventaja de limpiarse con facilidad y de adaptarse perfectamente á todos los comedones.

El extractor del Dr. Allon no es más que una especie de pinza que, por su disposición especial, impide que se reunan exactamente las dos ramas; se puede, en efecto, con ella coger la piel á los dos lados del comedón, pero no se consigue siempre la extracción, á menos de hacer tal fuerza que el enfermo se niega á volver á sufrir este verdadero suplicio. En realidad, el principio mecánico que con la pinza se verifica es el mismo que el de los dedos, con la diferencia de que éstos son más suaves y más delicados que el acero. Sucede exactamente lo mismo que con el masaje manual, comparado con el que se hace por medio de instrumentos. Tiene, además, este aparato en el otro extremo un pequeño cuchillo, destinado sin duda á incindir los que sean muy resistentes.

El extractor del Dr. Mahu tiene los mismos defectos que la llave de reloj, con la única ventaja de ser más elegante y poderse manejar mejor entre los dedos.

Como puede verse, ninguno de estos instrumentos resulta verdaderamente práctico, porque no se ha conseguido con ellos evitar un sufrimiento inútil á los enfermos.

El presentado por el Dr. Masotti se compone de dos partes distintas: 1.ª, el extractor de los comedones, propiamente dicho; 2.ª, una pequeña espátula acanalada en su centro.

El extractor se caracteriza por una particularidad que tiene una gran importancia, y es que, gracias á un resorte colocado en su interior, la presión se ejerce de una manera progresiva, de donde resulta que el dolor es muchísimo menor que cuando se opera con un aparato completamente rígido. Hay que tener en cuenta, además, que con la ayuda de este aparato la presión se ejerce todo alrededor del comedón, facilitando la salida hasta de los más difíciles.

La otra parte del instrumento, completamente independiente de la primera, y que para las personas experimentadas no es necesaria, se compone de una pequeña espátula, horadada en su centro por un orificio lo suficientemente ancho para permitir pasar el bultito que forma el comedón, de manera que la compresión ejercida por el otro instrumento se hace más fácilmente. Se aplica esta espátula con la mano izquierda, mientras que con la derecha se obra con el extractor.

El extractor está dispuesto de tal manera que se puede aplicar á todos los comedones, cualquiera que sea su grosor.

Realiza, pues, este aparto los dos objetos siguientes: 1.°, determinar por medio de un resorte colocado en su interior una compresión progresiva; 2.°, con la extremidad fija del aparato conseguir una compresión alrededor del comedón que facilita la salida hasta de los más difíciles.

Hecha la descripción del aparato, pasa el Dr. Masotti á explicar el tratamiento local empleado por él contra el acné, y con el cual ha obtenido resultados brillantísimos en muchos casos.

Este tratamiento consiste sólo en el empleo sistemático y combinado:

1.° De las escarificaciones.

2.° De un masaje especial.

3.° Del agua caliente aplicada en doble corriente por medio de un aparato *ad hoc*.

Las escarificaciones que ya se usan desde hace mucho tiempo, resultan cuando se emplean solas un tratamiento largo y no siempre seguro. Hace falta emplearlas una vez por semana durante muchos meses y á veces sin resultado.

Para conseguir con ellas un éxito rápido es preciso que vayan combinadas con el masaje y con las aplicaciones de agua caliente.

El masaje es preciso que sea vigoroso; es decir, que sea más bien un amasamiento que obre por compresión; pues con esto se trata de conseguir no sólo descongestionar la cara, sino al mismo tiempo desengrasar la piel.

Esto se consigue fácilmente con el empleo de los dos pulgares. El paciente debe estar sentado en una silla, mientras que el operador, detrás y en pié, se coloca un poco oblicuamente para poder sostener la cabeza con fuerza apoyada en su pecho. Una vez en esta posición, se deslizan los pulgares sobre la piel, en sentido inverso y á alguna distancia el uno del otro, de manera que se coja un pequeño pellizco del tejido donde está el acné, y entonces se ejerce una presión metódica con objeto de sacar la mayor cantidad posible de materia sebácea. No hace falta emplear vaselina, aceite ni cold-cream, porque los tejidos atacados por el acné tienen la suficiente cantidad de grasas para impedir todo traumatismo ó magullamiento. Este masaje debe hacerse tres veces por semana, la primera tres días después de la escarificación, y la última antes de la segunda escarificación.

Después de cada masaje se debe administrar una ducha de agua caliente. Este tratamiento por el agua no es nuevo, pero nunca hasta ahora se ha aplicado de una manera sistemática y racional.

Para obtener con ella buenos resultados hace falta tener en cuenta lo siguiente: 1.°, que el agua esté lo más caliente posible, todo lo que pueda soportar el enfermo, y 2.°, que su aplicación se prolongue durante quince minutos, para lo cual presenta el mismo Dr. Masotti un aparato con el que se obtiene una corriente continua y siempre renovada de agua caliente á la temperatura que se desee, según lo indica un termómetro adaptado al aparato.

Con estos tres medios terapéuticos ha obtenido curaciones de acnés que databan de varios años.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 4 de Noviembre de 1908.

Un caso de estrechez pélvica. Sinfisiotomía. — El Dr. *Udaeta* expone la siguiente historia clínica, referente á una enferma ingresada en la sección de obstetricia á cargo del Dr. Isla, en la Maternidad de Madrid.

P. M., de veintinueve años, viuda, dedicada á las faenas de su sexo, no ofrece nada de particular en los antecedentes de familia. Los personales son: haber comenzado á andar á los once meses, si bien al poco tiempo se le torcieron las piernas y usó hasta los dos años un aparato ortopédico, y cuando se lo quitó á esa edad, ya curada, hubo que enseñarla á andar. Ha sufrido el sarampión, viruela, escarlatina, pneumonía y clorosis á los catorce años.

Primeras reglas á los doce años. Cada dos ó tres meses sufre de grandes metrorragias, que le duran cinco ú ocho días.

Esta enferma tiene la cabeza grande, los pómulos y la frente bastante abultados, es prognata y la bóveda del paladar en ojiva, pecho poco desarrollado y 1'40 de talla.

Los diámetros externos de la pelvis eran casi normales: sólo el de Baudeloque era un poco disminuído.

Parto. — El día 5 de agosto de 1907 dió principio el parto, á las seis de la mañana. La enferma no pertenecía á la clínica, venía de la calle. Reconocida á las seis de la tarde (hora de su entrada), se notó al tacto una cabeza grande, que se insinuaba en el estrecho superior. La posición era I. T. Los latidos del corazón fetal eran buenos, percibiéndose á la derecha.

Día 6. — Siguieron los dolores durante todo el día, con intensidad y cantidad normales. Por la tarde desaparecieron durante varias horas. La dilatación era nula. El promontorio no era accesible, por impedir llegar á él la cabeza del feto, que estaba fija en el estrecho superior en O. I. D. Los ruídos del corazón fetal son buenos.

El día 7 todo sigue lo mismo; á ratos con dolores y á ratos sin ellos.

Día 8. — La dilatación es como una pieza de dos reales. Los dolores, casi nulos durante el día, se acentúan por la noche. La cabeza no adelanta. Se ha formado una bolsa serosanguínea bastante grande. Está bien flexionada, pero no avanza. Por la palpación se nota que ocupa el mismo sitio que el día anterior. El feto está en buen estado, la madre excesivamente fatigada, se queja de dolores atroces en todo el vientre y especialmente detrás del pubis.

Día 9. — La dilatación por la mañana es como de un duro. La cabeza

sigue en el mismo sitio. Durante la noche se le han parado los dolores por espacio de dos horas. A las tres de la tarde, ruptura espontánea y precoz de la bolsa de las aguas. El líquido amniótico es opalescente. La cabeza, que no ha adelantado nada, al tacto da la sensación de una cabeza dura, grande, con pequeñas fontanelas. A las siete de la tarde, la bolsa serosanguínea ha aumentado de un modo considerable. Los dolores son frecuentes y muy fuertes. La enferma ha agotado casi todas sus fuerzas. Cada dos horas se la hacen irrigaciones vaginales calientes de una disolución de oxicianuro de mercurio y formol, teniendo cuidado de hacer los tactos antes de las irrigaciones. A las ocho de la noche se da un enema á la enferma. A las nueve de la noche los ruidos del corazón fetal se modifican extraordinariamente. A las doce de la noche el líquido amniótico se colorea de meconio.

En vista de la marcha del parto, de la posición de la cabeza fetal y del mal estado del feto, pues los ruidos del corazón fetal estaban muy modificados y el líquido amniótico muy turbio, se decidió intervenir, practicando la sinfisiotomía.

Operación.— El día 10, á las dos de la madrugada, después de los cuidados debidos de antisepsia y asepsia, se procede á efectuar la operación. Colocada la enferma en decúbito dorsal, se dió un corte que iba desde 4 centímetros por encima del pubis hasta el clítoris. Al llegar á este órgano se desvió la incisión hacia el lado derecho por el labio mayor, hasta 3 centímetros de su extremo superior. Por pequeños cortes se pone al descubierto la articulación. Sección del ligamento suspensorio del clítoris. Se hacen dos ojales que comuniquen con el espacio de Retzius, uno encima y otro debajo del pubis, y después de cerciorarse que no se hería la vejiga y colocando antes la sonda gotera de Farabeuf, se secciona la articulación con relativa facilidad. Antes se colocaron dos ayudantes, haciendo presión sobre los trocánteres, con lo que se consiguió que la separación no fuese excesiva.

Fué como de 4 traveses de dedo, y no se pudo medir de un modo exacto por carecer de instrumentos apropiados para ello. La cantidad de sangre que pierde la enferma no es muy grande, y cesa de fluir en cuanto se extrae la cabeza del feto. Aplicación del forceps en O. I. D. T., y mediante ella se extrae un feto de 4.985 gramos vivo, y cuyos diámetros cefálicos eran O. M. = 14 $^1/_4$ O. F. 12 $^1/_2$ S. O. B. 11 S. O. F. 12 — BiP. 10 $^1/_2$ — BiT. 10. La extracción fué fácil y el alumbramiento artificial.

Irrigación intrauterina; se coloca un desagüe de gasa por detrás de la sínfisis. La enferma no pierde sangre. Colocada en decúbito dorsal y con las piernas juntas, se procede á la sutura del manguito fibroso con seda, y de la piel con crin de Florencia. Vendaje de cuerpo que inmovilice los pubis; encima de éstos se coloca gasa y algodón, y grandes mantas de algodón estirilizado debajo del vendaje.

Durante todo el día 10 no ofrece nada de particular.

Día 11.—Apirética; se hace un cateterismo; orina clara; pulso, 85; temperatura, 36°,7.

Día 12. — La enferma ventosea y hace dos deposiciones. La micción es involuntaria. Se le cambia el apósito y se le cambia parte del desagüe de

gasa. La herida presenta buen aspecto. Por la tarde hace una deposición, con la que ensucia el vendaje, que es cambiado nuevamente. Irrigación vaginal; temperatura, 38°,2.

Día 13.—Temperatura (mañana), 37°,5. La cama y el vendaje despiden olor á excrementos. Vendaje y apósito manchados. La enferma no pide el servicio de cama. Se cambia el vendaje. Se extrae el desagüe, manchado, como toda la región, de un líquido flúido fecaloideo. Pus flúido. Inyección vaginal. Lavado de la herida con agua oxigenada y oxicianuro de mercurio y formol. El pus, examinado al microscopio, se ve que contiene un diplococo difícil de clasificar.

Día 14.—Temperatura, 37°; pulso, 78. Cura como la del día anterior. Desagüe con tubos de caucho. Intimidada la enferma, pide servicio de cama.

Día 15.—Temperatura, 37°,3. Nada de particular.

Días 17 y 18.—No sucede nada de particular. Temperatura, 38°,6.

Día 19.—La enferma se queja de dolores en la región sacra. Se la levanta la cura manchada, como siempre, y se descubre en la región sacra una zona como de 5 centímetros, en la que se está formando una escara. La herida ha cicatrizado, excepto por abajo. Se sacan los puntos de crin de Florencia. Sólo queda el orificio del desagüe superior, por donde sale una pequeña cantidad de pus de buen carácter.

El pubis es indoloro y los movimientos que efectúa la enferma son indoloros en esta región *y dolorosos* en la región sacra y en la pierna izquierda, que está algo hinchada. Temperatura, 38°,6.

Día 20.—En la región sacra se ha formado una escara y lo mismo ha sucedido en todas las regiones, algo comprimidas por el decúbito ó por el vendaje, no obstante haberle puesto grandes cantidades de algodón. Después de limpiarla perfectamente, se traslada la enferma á otra cama. Alimentación: leche, caldos, vino de Jerez. Temperatura, 39°.

Día 24.—Se quita parte de la escara. A partir de este día se hace cura diaria. La enferma sigue quejándose de las piernas, sobre todo de la izquierda. La temperatura es normal desde él 23, y sigue lo mismo en adelante. Paco á poco se va reponiendo, y el 30 de agosto se levanta. Su marcha, algo pesada por el estado de las piernas, es normal, y el pubis ha soldado perfectamente.

Sale de la Clínica, después de una convalecencia bastante larga, debida, más que á la operación, á las condiciones deficientes de la enferma. El tacto vaginal practicado el día de su salida, no acusó nada de particular en su aparato generador.

Hace después unas breves consideraciones para justificar la elección de la sinfisiotomía, rechazando la aplicación de forceps en el estrecho superior por las condiciones de la cabeza fetal y la cesárea por las del huevo ya roto y el sufrimiento del feto, como lo demostraban los ruidos fetales débiles y frecuentes, y la coloración del líquido amniótico por el meconio, aparte los peligros de infección en toda laparotomía. Además, estaba más familiarizado con la sinfisiotomía, por haberla visto practicar varias veces en la clínica de Pinard.

El Dr. Bourkayb: No estoy conforme con la elección de la sinfisiotomía,

que sin duda escogió y (esto me parece lógico) por haber sido discípulo del Dr. Pinard, pero yo, que no he estudiado con tan notable maestro y no tengo por qué encariñarme con su operación, me inclino á la hebotomía, operación que he practicado con resultado satisfactorio en un caso que pienso traer á esta Academia para su examen y discusión. Creo, no obstante, que el caso del Dr. Udaeta era de sinfisiotomía ó pubiotomía, mejor que de forceps ó cesárea, por las condiciones de la cabeza fetal y la notoria estrechez pélvica.

Por otra parte, la hebotomía es una operación más fácil, más inocua, que la sinfisiotomía; puede hacerse hasta en los pueblos pequeños, pues no requiere grandes habilidades manuales ni es necesario un instrumental abundante y costoso. Creo que debe vulgarizarse entre la clase médica rural la sencillez de la misma, y el provecho que de ella se puede obtener, siendo sus resultados también magníficos, en cuanto se refiere á consecuencias post-operatorias.

Como testigo presencial de la operación practicada por el Dr. Udaeta, tengo que rectificarle que la hemorragia no fué tan escasa como afirma S. S.; á mí, confieso que me asustó algo, y lo mismo digo del curso post-operatorio, que no fué tan inocente como nos ha dicho.

Los puntos de sutura se infectan con suma facilidad, cosa que no puede suceder en la pubiotomía, que no exige sutura y menos si se la practica por el método subcutáneo de Doerlein.

Además, en la sinfisiotomía se abre una articulación que siempre corre peligro de infectarse y su reconstitución es casi imposible, dando lugar al clásico andar de pato, como se observó en la enferma del Dr. Udaeta, mientras que en la hebotomía no se abre articulación ninguna, es hueso lo que se secciona, formando después un buen callo; no hay apenas hemorragia, á lo sumo se forma un hematoma que aun es susceptible de evitarse por medio de la compresión, como aconseja Budin y como yo hice, y, por último, la convalecencia es más larga; cinco meses duró la del caso del Dr. Udaeta, quince días en el mío.

Las estadísticas de una y otra operación hablan muy alto en favor de la pubiotomía.

El Dr. Udaeta: No ha sido mi propósito entrar en consideraciones de cuál era mejor operación; sólo he tratado de justificar mi elección habida cuenta de que yo no había visto practicar la pubiotomía, y entre una cesárea, una aplicación de forceps en el estrecho superior y la sinfisiotomía, opté por ésta. Digo más; si hoy volviera á presentarse el mismo caso, quizá no la hiciera, aunque no la considero tan mala por haber visto resultados expléndidos, si bien he de confesar que todas las sinfisiotomizadas han tenido algo y ese algo retrae de hacer esta operación, porque sabemos cómo principia pero no cómo va á terminar, y lo mismo puede ser una flegmasía alba dolens de mediana intensidad que una septicemia aguda que mate á la puérpera en horas.

No estoy conforme en que mi enferma anduviera como los patos después de operada. Su modo de ambular se debía á que era estevada, no á la debilidad en la articulación de los pubis.

Es más, he visto las doce enfermas que presentó Pinard, las cuales, aun-

que tenían la sínfisis movible, no tenían andar de pato y hasta las hizo saltar de una silla al suelo sin resentirse lo más mínimo.

Por otra parte, también he visto algunas operadas de sinfisiotomía que han tenido posteriores partos perfectamente y sin necesidad de nueva operación.

El Dr. Moreno Alvarez: A mi juicio, la discusión se ha colocado fuera de lugar.

La hebotomía ha venido á corregir algunos defectos de la sinfisiotomía, pero ello no quiere decir que ésta sea mala operación, y de ninguna manera hay que achacarla la mortalidad que se observa, sino más bien á las condiciones en que la enferma se encuentra al ser operada. La estadística de Valich con un tanto por ciento bastante alto de mortalidad se debe á que intervino en muchas mujeres rota ya la bolsa de las aguas y ya infectadas; por eso no debe imputarse estos resultados malos á la operación.

Sin embargo, como la pubiotomía, repito, ha perfeccionado la sinfisiotomía, estoy conforme en que ésta va cayendo en desuso.

La sinfisiotomía ha venido á desterrar la difícil y peligrosa aplicación de forceps en el estrecho superior y algunas operadas han dado después á luz sin necesidad de forceps ni de versión.

Los andares de pato no existen; yo tampoco los he visto en bastantes casos que he tenido la suerte de ver operar. Lo que sí se ha observado en todas las sinfisiotomizadas han sido trastornos de la micción.

Las demás complicaciones no deben imputarse á la operación misma.

PERIÓDICOS

El suero antiestreptocócico en la fiebre de los tuberculosos.—La notable revista médica zaragozana *Clínica y Laboratorio* publica el trabajo siguiente, que el distinguido catedrático de Patología general de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Dr. Félix Cerrada, ha leído en el *Primer Congreso Nacional de la tuberculosis*, celebrado recientemente en dicha ciudad:

«Las referencias clínicas que sirven de base á esta comunicación, son las siguientes:

1.ª Isidoro N., soltero, de veinticinco años, esquilador, ingresa en la sala de San Jacinto en 6 de febrero último, sin antecedentes de familia; un año de enfermedad. Tos, expectoración abundante, 40 respiraciones, 130 pulsaciones, fiebre, sudores nocturnos generales, buen apetito y alguna diarrea. Submacidez y fenómenos cavitarios en el vértice izquierdo, crujidos en el derecho, estertores finos extensos en ambos bordes posteriores. Oltalmorreacción negativa por dos veces; el análisis del esputo, negativo en cuanto al bacilo de Koch, denota gran cantidad de estreptococos, en virtud de lo cual se le inyectan 10 cent. cúb. de suero antiestreptocócico de Marmorek en la tarde del día 26 de febrero y otros 10 cent. cúb. en la del 27. Desaparece la fiebre, se hace la oftalmorreacción el día 2 de marzo

y resulta intensiva; se practica nuevo análisis del esputo y se aprecia abundante el bacilo de Koch.

Este enfermo continuó sin fiebre hasta su muerte, que aconteció en 10 de abril.

2.° Pascual B., de veintidós años, soltero, pastor, ingresó en 9 de febrero de 1908 en la cama núm. 12 de la sala de Santa Lucía. Sin antecedentes de familia, sufrió hace dos años una hemoptisis copiosa, que no ha repetido. Tiene tos con abundante expectoración, 48 respiraciones, 110 pulsaciones, temperaturas de 40 á 41°, que sólo rebaja momentáneamente merced á la administración de fuertes dosis de criogenina, sudores abundantes durante la noche, gran apetito, diarrea copiosa si toma alimentos sólidos, fenómenos cavitarios en ambos vértices y estertores subcrepitantes en los bordes posteriores de ambos pulmones, marcadamente más abundantes en el lado izquierdo. Bacilo de Koch asociado al estreptococo; oftalmorreacción positiva. La inyección de 20 cent. cúb. de suero antiestreptocócico en dos días consecutivos (29 de febrero y 1.° de marzo), producen el descenso de la temperatura, que persistió hasta el día 4 de marzo, en que el enfermo pidió el alta porque no le daban de comer.

3.° Teodoro N., de veintidós años, casado, electricista, ingresó en 6 de abril en la cama núm. 14 de la sala de Santa Lucía. Sin antecedentes de familia, lleva año y medio de enfermedad é ingresa en estado de consunción muy avanzado. Expectoración muy abundante, con bacilos de Koch y estreptococos, fibre de 39° por la tarde, fenómenos cavitarios en ambos vértices y localización laríngea. Oftalmorreacción positiva. La inyección de suero antiestreptocócico, efectuada en 17 de abril, produce el descenso de la temperatura de un modo permanente hasta su muerte, que acontece en 29 de abril.

4.° Alejo Marco, de treinta y tres años, casado, sin antecedentes, emigró á Panamá, donde ha padecido paludismo. En 25 de julio último sufre una hemoptisis copiosa, que persiste durante doce días, á pesar de los medios empleados (cloruro de calcio, inyecciones de gelatina, adrenalina, digitalina y ergotina); durante los últimos días de la hemoptisis se presenta fiebre de exacervación vespertina, que llega á 39°, que continúa en los días sucesivos. El enfermo tiene ligero soplo bronquial en el vértice izquierdo, expectoración escasa, en la que se aprecia la existencia del estreptococo asociado al bacilo de Koch. El día 26 de agosto se le inyectan 10 cent. cúb. de suero de Marmorek antiestreptocócico y el 27 otra igual, lográndose el descenso térmico, sin que la fiebre haya reaparecido hasta el día 18 del pasado septiembre, en que pidió el alta en muy buen estado general.

Además de estos casos positivos hemos empleado la inyección de suero en cinco enfermos análogos, en los cuales ha resultado completamente ineficaz, sin que después de su uso hayamos observado modificación alguna en la marcha de la curva término, ni la presentación del más pequeño accidente ni la más mínima alteración en el curso general de la enfermedad.

Las investigaciones complementarias que hemos realizado en estos enfermos han sido únicamente el análisis micrográfico de los esputos, buscando el estreptococo y el bacilo de Koch. En todos los casos hemos observado una disminución de estreptococos después del uso del suero anties-

treptocócico, y en el primero, único en que no se encontró el bacilo de Koch en la primera observación precedente á la inyección, hallándose en cambio en grande abundancia el estreptococo, apareció aquél en las ulteriores preparaciones; y si bien es verdad que el dato no es suficiente, porque probablemente fué un esputo faríngeo ó nasal, lo consigno por corresponder exactamente á los hechos, y porque este primer resultado, negativo en cuanto á la presencia del Koch y positivo con respecto al estreptococo, fué el que me decidió á emplear la primera inyección de suero antiestreptocócico.

Las observaciones precedentes revelan: Que en algunos casos de tuberculosis pulmonar febril ha bastado la inyección de 20 cent. cúb. de suero de Mormoreck para que la fiebre desapareciese de un modo durable y aun definitivo.

Que el caso en que el proceso fímico se hallaba en sus comienzos la cesación de la fiebre con este medio, ha sido seguida de un positivo alivio en el estado del enfermo.

Que en los enfermos avanzados en que la inyección de suero antiestreptocócico ha promovido la desaparición de la fiebre, no se ha presentado fenómeno alguno que modificase de un modo apreciable la marcha general de la enfermedad, si bien hay que consignar que los enfermos se encuentran mejor, duermen más, sudan menos y aun se alimentan mejor después de la desaparición de la fiebre. Hay que advertir que los dos enfermos fallecidos cuya observación se ha seguido hasta el fin, estaban en período tísico muy acentuado cuando se emplearon las inyecciones.

Y por último: Que en aquellos otros en que la inyección de suero antiestreptocócico ha resultado ineficaz, no se ha advertido modificación alguna en los enfermos; de tal modo, que con arreglo á estos datos puede afirmarse la inocuidad del procedimiento.

Estos hechos, insuficientes por su número escaso y porque en su desarrollo no se han cumplido los requisitos todos que exige una rigurosa y sistemática investigación para establecer sobre ellos conclusiones generales, son, no obstante, tan expresivos, que constituyen una contribución que me ha parecido merecía la pena de ser aportada al estudio del importante problema, todavía no resuelto en la patología de la tuberculosis pulmonar, y aun en la de otros órganos, de determinar el tanto que corresponde á los microorganismos asociados á los de Koch, en el desarrollo y evolución clínica de esta enfermedad.

Si se tiene en cuenta que el pulmón del tuberculoso es un terreno adecuado para la pululación de toda clase de gérmenes, por las pocas condiciones de vitalidad de los tejidos tuberculizados y por tratarse de partes fácilmente accesibles á toda suerte de invasión parasitaria, se explica la frecuencia con que la infección fímica se encuentra asociada y aun enmascarada por la frecuencia de diferentes especies microbianas. Es, sin duda, el estreptococo piógeno uno de los microbios que más frecuentemente intervienen en la composición del cuadro morboso de la tuberculosis pulmonar en todos sus períodos. Y no hay duda de que, aparte la acción piógena, es responsable muchas veces de la producción de la fiebre. Así parece demostrarlo la seguridad y la eficacia con que la inyección de suero antiestreptocócico hace desaparecer la elevación térmica en algunos casos.

No poseemos elementos bastantes para fijar con precisión las indicaciones de su uso, porque no es posible determinar previamente la intervención que puede tener en cada caso la presencia del estreptococo. Estimamos que su comprobación en gran cantidad en los esputos, y la persistencia de una fiebre de grandes oscilaciones irreductibles por los medios ordinarios, pueden ser indicación de algún valor. Pero esto no es bastante; ciertamente que no he de molestar á la sección enumerando las dificultades que se oponen á la fórmula de una indicación precisa, pero sí diré que, estas mismas dificultades prácticas y la probable inocuidad del procedimiento, autorizan su empleo cuando haya alguna probabilidad de éxito». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Noviembre de 1908.

De las ictericias post-clorofórmicas.—El Dr. QUÉNU: En mi nombre y en el de mi interno, el Dr. Kuss, deseo comunicaros algunas observaciones referentes á las ictericias post-clorofórmicas, las cuales parecen ser una consecuencia de las alteraciones de la célula hepática, engendradas por el cloroformo disuelto en la sangre; se ha demostrado esta propiedad hepatotóxica del cloroformo con frecuencia; estas ictericias presentan particularidades clínicas que permiten diferenciarlas de las de otras clases; reconocen por causa una narcosis prolongada, ó una gran absorción de cloroformo. Clínicamente se caracteriza por síntomas de insuficiencia hepato-renal graves (somnolencia, fenómenos cerebrales, coma, albuminuria), y terminan frecuentemente por la muerte; se observan principalmente estas ictericias en los hepáticos, y las autopsias demuestran á la vez lesiones recientes y lesiones antiguas predisponentes. Provocadas por la hepatotoxia clorofórmica, pueden ser comparadas á las que son debidas á la inoculación de los venenos que obran especialmente sobre el hígado, como el fósforo, ó de los sueros hepatotóxicos que se experimentan en los animales. Al lado de estas ictericias clorofórmicas de origen hepático se deben colocar las ictericias hematógenas. El poder hemolítico del cloroformo es tan activo como sus propiedades hepatotóxicas. Con frecuencia se observan ictericias después de la cloroformización en individuos que no tienen ninguna enfermedad hepática apreciable. Estas ictericias son poco pronunciadas, y no van acompañadas de ningún otro síntoma hepático ó renal.

Perisigmoiditis crónica tuberculosa. — El Dr. SCHWARTZ: Nos ha enviado el Dr. Meriel, de Tolosa, la observación de una mujer de treinta y cuatro

años, que después de accidentes inflamatorios y metrorragias que databan de seis meses, tuvo una tumefacción apendicular supurada probable que se abrió en el intestino; poco tiempo después se notó un aumento de volumen del vientre y se reconoció la existencia de un quiste del ovario. Se practicó la laparatomía, y el quiste, adherente á la pared y á los intestinos, fué extirpado; también se descubrió en un segmento del intestino grueso una ulceración, que seguramente fué el punto de partida de la supuración pelviana. Algunos meses después la enferma reingresó en el hospital por accidentes de oclusión que obligaron á practicar un ano cecal, y que, sin embargo, fueron seguidos de una perforación de la cicatriz abdominal, por donde salían materias fecales y pus. Al poco tiempo se desarrolló una pulmonía, y la enferma murió; á la autopsia se encontró que padecía una perisigmoiditis tuberculosa.

Patogenia de la tarsalgia.—El Dr. Kirmisson: No creo que se pueda admitir para todos los casos la teoría nerviosa que el Dr. Reynier ha emitido en la sesión anterior. Seguramente, ciertas mujeres con pié plano padecen dolores porque son nerviosas, pero esto no es una razón para invocar el neurosismo como causa de la tarsalgia. Nuestro colega se ha levantado contra el término de pié plano que, según él, debiera desaparecer, y sin embargo, muchos individuos con piés planos no padecen la tarsalgia; por lo tanto, sería ilógico no servirse de este término. En cuanto á las tarsalgias blenorrágicas, tuberculosas, etc., admitidas por el Dr. Reynier, no son verdaderas tarsalgias, y yo no he encontrado en mis verdaderos tarsálgicos esa mentalidad particular que él ha encontrado en los suyos. No me detendré á refutar la analogía que ha establecido entre las contracturas de los enfermos y las que desaparecen bajo la acción del cloroformo, puesto que esto no prueba la existencia del neurosismo. La teoría emitida por Duchenne, impotencia del peroneo lateral largo, es inaceptable, y en mi opinión, por lo que se refiere á las lesiones articulares, las considero no como el punto de partida de la tarsalgia, sino como lesiones secundarias. En resumen, la teoría mecánica me parece que es la más probable, y los fenómenos nerviosos no son más que fenómenos accesorios.

El Dr. Reynier: No he dicho que se debiera suprimir el término de pié plano, pero me he levantado contra el término de pié plano valgus doloroso; prefiero llamarle tarsalgia, puesto que cuando hay contractura existe una lesión, y en estos casos el pié plano no es más que un síntoma de la lesión. No se trata de otra cosa que de una simple posición anormal, como se observa en otros procesos de las articulaciones, las cuales no se designan por nombres que recuerden las posiciones provocadas. Aquí presento algunas placas fotográficas que demuestran que, al principio de las tarsalgias, no hay ninguna lesión aparente, aunque en algunas, sin embargo, se nota una pequeña deformación del escafoides.

Empleo del oxígeno en estado naciente. — El Dr. Villemin: En el trabajo enviado por el Dr. Claret, del Havre, se trata de la producción de oxígeno por medio de un aparato especial que contiene agua oxigenada y permanganato de potasa. De este modo, al parecer, se consigue una preparación más activa.

El Dr. Quénu: No comprendo la necesidad de obtener un suplemento de

agua oxigenada, puesto que en nuestros apósitos tenemos gran cuidado en diluirla.

El Dr. Championnière: Hace mucho tiempo que se obtiene el agua oxigenada á todos los volúmenes que se desean; por lo tanto, creo que esta preparación resulta una complicación inútil.

(*Le Bull. Med.*)—Codina Castellví.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 17 al 24 de Noviembre de 1908.

(Continuación).

Etiología de las hernias en general.—El Dr. *Broca* (de París) dijo que desde hace más de veinte años se viene ocupando de una manera perseverante de la cuestión de las hernias, primero por disección cadavérica y después por observaciones clínicas y operatorias que exceden de 3.000. Cree que puede resumirse en una frase corta toda la etiología general de las hernias; las vísceras se hernian porque hay desproporción entre la presión intra-abdominal y la resistencia de la pared. Según que aumente la presión ó que disminuya la resistencia, se trata de una hernia de fuerza ó de debilidad. Pero en la práctica, la diferencia entre estas dos categorías no es siempre tan grande como se cree, y á esto se debe la divergencia de opiniones sobre el valor de los accidentes del trabajo en la génesis de las hernias. Es preciso saber distinguir entre la producción brusca aparente de la hernia y las condiciones anatómicas de su existencia. En este caso las predisposiciones van unidas á la permanencia de un trayecto congénito. Desde el punto de vista de las indicaciones operatorias es preciso también saber dividirlas en absolutas y relativas, según que se piense obtener un resultado absoluto sin braguero, ulterior ó relativo con él, con braguero para una hernia más bien simplificada que verdaderamente curada.

El Dr. Ribera y Sans (de Madrid): Es un problema interesante en la actualidad todo lo que se relacione con la producción de la hernia; pero la importancia científica está en relación con la social; por la Ley de Accidentes del Trabajo y durante el año 1908, discutimos si la hernia es ó no producida por el esfuerzo, ó si la condición *sine qua non* es la existencia de condiciones orgánicas, esto es, nosotros discutimos la teoría mecánica de Scarpa enfrente de la teoría de los sacos preexistentes de Schmidt.

En el Congreso español de Cirugía celebrado en Madrid el mes de mayo último, decía á este propósito que el problema científico era cuestión de dinero, porque de rechazar la teoría mecánica no se puede admitir la posibilidad de la hernia como accidente de trabajo, y si rechazamos esta teoría y admitimos como condición etiológica para todas las hernias la necesidad de condiciones orgánicas, tales como la existencia ó preexistencia del saco, no podremos admitir que la hernia sea un accidente de trabajo, y no nos podremos colocar del lado del obrero en los litigios con el patrono.

La resolución del problema etiológico de las hernias es la resolución del problema social, y debo anunciar que los que en España tenemos que resolver estos problemas debemos de tener el valor de exponer nuestras opiniones, á pesar de que no estén conformes con la generalidad de los hombres de ciencia que han abordado la resolución del problema.

En la actualidad, la discusión solamente es posible entre las dos teorías: la existencia de los sacos preexistentes como condición esencial para la producción de las hernias, ó bien la teoría mecánica, en la que el fenómeno esfuerzo es el factor esencial, la causa determinante, siendo las condiciones anatómicas sólo condiciones coadyuvantes para la producción de las hernias.

Veamos los hechos. La existencia del anillo umbilical, del conducto inguinal y del conducto crural, son hechos comunes á todo el mundo y su existencia no basta para explicar la formación de las hernias. No hay necesidad de recordar la evolución que sufre el anillo umbilical y el conducto inguinal, pero sí debemos recordar que el desarrollo favorece la desaparición de las condiciones favorables para la formación de las hernias inguinales y umbilicales y el crecimiento favorece la formación de las hernias crurales.

En el nacimiento son excepcionales las hernias, hasta el punto que si solamente fuesen congénitas las hernias que el niño presenta en el momento de nacer, la hernia congénita sería excepcional, esto es, que desde el primer momento hay necesidad de dar todo el valor que tiene al esfuerzo; por mi cualidad de cirujano del Hospital del Niño Jesús de Madrid, y encargado durante varios años de la consulta, no he visto ninguna hernia inguinal en el momento del nacimiento y sólo algunos casos de hernia umbilical que eran casos teratológicos. Doy tanta importancia al fenómeno esfuerzo, que creo estar en lo cierto al decir que las condiciones congénitas y las condiciones mecánicas están en proporción inversa según las edades; en la primera infancia, el elemento esencial en la aparición de las hernias, es la condición anatómica, esto es, los hechos de evolución; el saco preexistente; á medida que avanza la vida, cambia el valor de los dos factores: el hecho anatómico, la predisposición, está relegada al segundo término, y, por el contrario, el hecho mecánico adquiere tal valor que sin él no es posible la producción de las hernias.

En el recién nacido se necesitan gritos, llantos; esto es, esfuerzos para la aparición de las hernias, esfuerzo para empujar las vísceras en el interior de los sacos preexistentes, ampliamente abiertos, bastando la menor impulsión mecánica para que se forme la hernia; pero las hernias del niño curan casi siempre, y por lo tanto hay un paréntesis entre la hernia del niño, casi todas curables, curables sin operación, y las hernias del adulto, que en la generalidad de los casos no padeció hernia en la primera infancia.

La observación de los hechos sin preocupación de teorías, nos dice que las hernias en el hombre adulto pueden presentar diversas modalidades en relación con su producción; adultos cuya hernia data de la infancia; adultos que habían sido herniados durante la infancia, curados, y que al cabo de algún tiempo se hernian de nuevo; adultos que no han sido herniados

durante la infancia, y si añadimos que la hernia durante la edad adulta puede formarse de una manera progresiva, ó bien aparecer de una manera brusca, habremos expuesto todas las condiciones posibles de aparición de la hernia en el adulto.

Como creo que es preciso subordinar las teorías á los hechos, tengo cuidado de examinar las condiciones etiológicas que acompañan á la aparición de la hernia, y dejando aparte todo lo que se relaciona con los accidentes del trabajo, he recogido 63 historias clínicas, obteniendo los resultados siguientes: 4 veces la hernia databa de la infancia; 19 veces los enfermos precisaron el momento de aparición de la hernia, pero sin precisar la causa; 5 enfermos eran catarrosos; 4 hablaban de un traumatismo directo, y por fin en 31 enfermos la hernia apareció después de un esfuerzo; y como estas observaciones se refieren á enfermos que no hacían reclamaciones por accidentes del trabajo, y como gran número de estas observaciones son anteriores á la promulgación de la ley en España, es necesario admitir su valor; para mí no hay duda ninguna; los hechos clínicos demuestran que la hernia del adulto puede aparecer después de un esfuerzo.

¿Qué objeciones se pueden hacer á esta manera de pensar? No haremos el estudio de las teorías propuestas para explicar la formación de las hernias, sólo diré que á la teoría mecánica se opone la teoría de los sacos preexistentes, teorías que no hay necesidad de exponer por ser de todos conocidas; pero si la teoría de los sacos preexistentes es la sola admisible para explicar la formación de las hernias congénitas, no es lo mismo para explicar las adquiridas, y la teoría de la preexistencia de los sacos es una teoría fácil de comprender, pero difícil, si no imposible, de demostrar.

Se podrá oponer que no es posible la producción experimental de las hernias, pero es preciso afirmar que el esfuerzo con todas las modificaciones que produce en la cavidad torácica y abdominal, y el papel activo de las paredes abdominales no se puede reproducir; en el cadáver, el solo hecho que se puede obtener es el aumento de la presión intraabdominal, que ciertamente no es lo mismo que los hechos de orden mecánico que se producen durante el esfuerzo.

Se hace á la teoría mecánica una objeción que tiene cierto valor, y es que no es posible que el peritoneo pueda estirarse repentinamente y salir delante de una víscera, recubriéndola, y formar el saco herniario; creo que esta creencia, como otras muchas, son ideas preconcebidas, y opino que razonar así es olvidar la forma y disposición del peritoneo, y sobre todo los innumerables pliegues de la serosa peritoneal.

Las operaciones subperitoneales demuestran la facilidad con que podemos rechazar el peritoneo y la facilidad con que podemos hacer, por ejemplo, la ligadura de la ilíaca primitiva en la desarticulación inter-ileo-abdominal sin abrir el peritoneo; basta solamente con rechazarle y este es un hecho de más valor que todos los razonamientos teóricos; podemos levantar, rechazar, mover, deslizar, lo que se podría llamar fondo de saco latero-inferior sin la menor dificultad, y dado este hecho está de más la objeción de la imposibilidad de la distensión peritoneal, ó por lo menos, es necesario admitir que le podemos movilizar.

Pero no hay que olvidar la patología; en la infección peritoneal, bajo la

forma de peritonitis, hay á las pocas horas un enorme aumento de volumen del vientre, y ciertamente el peritoneo no se rompe, sino que se deja distender.

Todo esto significa que en patología hay ideas preconcebidas, y que la teoría de los sacos preexistentes negando sin ninguna prueba la posibilidad de la formación de la hernia sin la existencia del saco y negando la posibilidad de la formación de la hernia por el esfuerzo, negando la teoría mecánica de la formación de las hernias, es la prueba más concluyente de á dónde nos puede conducir la adopción de una teoría sistemática.

Restan aún dos órdenes de pruebas en favor de la teoría mecánica para la formación de las hernias.

Un obrero es admitido para el trabajo, se le reconoce y es declarado sano; pasa algún tiempo y se hernia; es preciso admitir que se trata de una hernia profesional, ó bien de un accidente del trabajo, pero lo mismo en un caso que en otro se tiene una hernia producida por un hecho mecánico, esto es, una hernia producida por un esfuerzo; todas las objeciones que se puedan hacer contra la admisión de esta etiología de la hernia son argumentos teóricos; el hecho absolutamente cierto es que un hombre sano, algún tiempo después de estar sujeto á un trabajo, puede presentar una hernia, y por lo tanto, la aparición de esta hernia está en relación directa con el fenómeno esfuerzo, esto es, la hernia es debida á un hecho mecánico: la sola explicación racional de la formación de esta hernia es la teoría mecánica.

Otro hecho que es preciso no olvidar: los que hemos operado hernias de niños, hemos visto la enorme diferencia que hay en la generalidad de los casos entre el saco herniario del niño y el saco herniario del adulto. El niño tiene un saco muy fino, muy delgado, de disección difícil en algunas ocasiones; tiene relaciones íntimas con la glándula seminal en muchos casos, siempre con conexiones íntimas con los elementos del cordón, y así debe de ser, puesto que estas hernias son debidas á la falta de evolución del conducto vaginoperitoneal; por el contrario, en el adulto, al menos de adherencias patológicas, es fácil aislar el saco, y sobre todo, las relaciones del saco con los elementos del cordón, sus relaciones de *vecindad*, no de compenetración, son sólo de vecindad, porque la hernia sale por el conducto inguinal, no porque la hernia sea producida por trastornos de evolución.

Resumiendo: la hernia en el niño es debida, sobre todo, y de una manera esencial, á los hechos de evolución de una manera accesoria á las causas mecánicas; en el adulto, por el contrario, prevalece la teoría mecánica; son hechos accesorios todas las condiciones anatómicas sin negar su valor, pero hay una unión tan estrecha entre el accidente herniario y el hecho mecánico, que es necesario estar ciego para no ver los hechos, negando la teoría mecánica á favor de la teoría de los sacos preexistentes.

El Dr. *Sheen* (de Cardiff) limitó sus observaciones al punto de vista médico-legal de los accidentes que pueden ser la causa repentina de hernia inguinal oblicua. Cree este caso posible, pero raro. Un esfuerzo excesivo es un «accidente». El desarrollo brusco de la hernia es clínico y no patológico para el saco, es decir, que la producción de la hernia es precedida de un proceso funicular no obliterado; la formación brusca del saco y de su

contenido es imposible. Para que la hernia sea resultado de un esfuerzo, es necesario que reuna ciertas condiciones: en el momento del esfuerzo dolor agudo, sensibilidad y ligero abultamiento en el sitio de la hernia; debilidad, náuseas, sensación de malestar, imposibilidad de trabajar. La hernia, en este caso, es difícil ó imposible de reducir, y muchas veces está estrangulada. Esta verdadera hernia traumática es rarísima.

Datos históricos referentes á la cura radical de la hernia inguinal.— El doctor E. Kallionzis (de Atenas): La hernia inguinal, á causa de su gran frecuencia, ha llamado siempre la atención de los cirujanos y se la ha considerado en la antigüedad no sólo como una deformidad grave, sino como una cosa vergonzosa. «Este secreto era más sagrado en la antigüedad, en cuya época se atribuía tanta importancia á la belleza plástica, hasta el punto que los gladiadores llevaban su susceptibilidad hasta el extremo de hacerse prolongar operatoriamente el prepucio, si les parecía muy corto».

La aplicación á la cirugía de la antisepsia y de la asepsia y la variedad de técnicas modernas, nos permiten hoy combatir de una manera eficaz la hernia inguinal. Los antiguos procuraban obtener los mismos resultados, prefiriendo los procedimientos cruentos, porque sabían que la hernia inguinal, además de las molestias propias, es susceptible de producir de repente accidentes graves.

Con Celso—siglo I—principia el tratamiento operatorio de la hernia inguinal, y este cirujano fué el primero que aconsejó la extirpación del saco herniario; aconsejaba los procedimientos cruentos, según el grado, pero con ciertas restricciones prudentes; no operaba ni á los niños ni las hernias inguinales voluminosas; «la hernia debía ser pequeña y el enfermo no ser eczematoso ni sarnoso». Para operar, Celso incindía hasta el testículo, «procurando no lesionarle, y resecaba el saco».

Durante los siglos II y III, Heliodoro, admirable y prodigioso cirujano, empleó de preferencia la cura radical de la hernia inguinal, y dió detalles tan claros y exactos sobre el tratamiento operatorio de dicha hernia, que hay poco que añadir actualmente; la extirpación del saco herniano, sobre todo, está descripta de una manera magistral.

En el siglo IV, Oribaso describió el tratamiento de la hernia inguinal por operaciones cruentas; indica varios procedimientos muy ingeniosos; concluye la operación: «1.°, torciendo el pedículo del saco; 2.°, resecando una parte mayor ó menor de él», conservando el testículo.

Durante los siglos V y VI, Aetius aconsejó la intervención quirúrgica para la hernia inguinal por un procedimiento operatorio parecido al de Oribaso, respetando el testículo.

En los siglos VII y VIII, Pablo de Egina practicó la cura radical de la hernia inguinal, empleando para cada forma de hernia diferentes procedimientos operatorios.

En el siglo IX aparecen los maestros árabes; en la Escuela de Alejandría existían varias celebridades. Rhazès trató operatoriamente la hernia inguinal; su método es muy parecido al de Egina.

En el siglo X, Alli-Abbas operó la hernia inguinal. Escribió en su gran *Tratado de Cirugía* capítulos interesantísimos sobre los procedimientos operatorios de la hernia.

Avicena, este príncipe de la medicina, como le llama Bertagaglia, resecó la hernia y condenó la castración (siglo XI).

El mismo Avenzoar trató la hernia inguinal por los medios quirúrgicos; su procedimiento es análogo por completo al de Avicena.

En el siglo XII, Albucasis expuso en sus obras ideas personales sobre el tratamiento operatorio de la hernia inguinal; es el primero que criticó los métodos antiguos. Guy de Chauliac, el padre de la cirugía francesa, expresó su admiración por este autor.

Albucasis no cree que debe intentarse siempre la cura radical de la hernia inguinal; considera el instrumento cortante peligroso en esta afección; aconseja abstenerse, en lo posible, y no hacer la cura radical más que cuando los medios de contención no producen resultados satisfactorios; además, sólo creía la operación posible en los enfermos jóvenes y robustos.

En la misma época Ben Azzouz sostuvo idéntica opinión sobre el tratamiento de la hernia inguinal.

Si se dirige una ojeada retrospectiva sobre los procedimientos operatorios de los árabes, se ve que difieren muy poco del descripto por Celso y Heliodoro.

Los autores árabes no tardaron en aparecer, mientras que en Italia, en la época de Roger y de Rioland, la cirugía caía en manos de los empíricos, que «navaja de afeitar en mano ensangrentaban las ciudades y las aldeas, proponiendo la cura radical de todas las hernias», castrando todos los herniados, hasta tal punto que «el emperador Constantino promulgó una ley condenando al destierro á cuantos se alababan de practicar la castración al operar una hernia. Esta ley debía ser ejecutada bajo pena de muerte, y al que permitiera la castración en su casa en uno de sus esclavos, se le confiscarían los bienes».

Gerardo, de Cremona, en el siglo XII no se ocupó de la hernia inguinal; en sus obras no se encuentran más que traducciones de los antiguos procedimientos operatorios de esta hernia.

En el siglo XIII, Roger, de Parma, empleaba para la hernia inguinal un procedimiento especial, que consistía en seccionar progresivamente el «didimo» por una ligadura practicada con ayuda del hierro ó del fuego, y sacrificando el testículo.

El obispo Theodorico operaba la hernia por su procedimiento, idéntico al de los árabes, pero prefería el cauterio potencial al actual, á causa del terror que éste inspiraba á los enfermos. Practicaba la operación con sus propias manos, en lo que se distinguía de sus contemporáneos.

Por aquella época Lanfranc, que fué el verdadero creador de la cirugía en Francia, consideraba las operaciones como indignas de él y no operaba; sin embargo, Pedro Franco dió á conocer un procedimiento de operación de la hernia inguinal inventado por Lanfranc; se funda en el mismo principio que el del obispo Theodorico.

En el mismo siglo encontramos otro procedimiento para la cura de la hernia inguinal, al que se dió el nombre de *punto dorado* y que fué inventado por el maestro Béraud-Alethis, al que los autores de los siglos XVII y XVIII llamaron desdeñosamente «cierto Béraud». El procedimiento de Alethis consistía en incindir transversalmente el saco herniario hasta el didimo,

en aislarle y en llevar el intestino para reducir la hernia. Pasaba después por encima del didimo un alambre de oro del grosor de un alfiler grueso, apretaba luego el didimo para obliterar la vía peritoneal, sin impedir por completo la circulación de los vasos espermáticos y del conducto deferente; terminada la operación, dejaba el alambre de oro en la herida y la suturaba, conservando el testículo.

En el siglo XIV, Guy de Chauliac describió no sólo sus propias ideas y las de su siglo, sino que dió á conocer los procedimientos empleados por los árabes para la cura radical de la hernia inguinal.-Guy de Chauliac empleaba de preferencia el braguero en el tratamiento de la hernia; pero si este medio era ineficaz, recomendaba la cura radical; no operaba á los débiles ni á los ancianos.

En aquella época los procedimientos de la cura radical de la hernia inguinal eran múltiples, pero todos tan bárbaros como crueles; el mismo Guy de Chauliac «no era enemigo de la castración prudente en la cura radical de la hernia inguinal; la castración no le parecía una gran desgracia para el operado, porque se consolaba pensando que un testículo vale por dos».

En el siglo XV, los árabes italianos se ocuparon de la cura de la hernia inguinal; Arculanus la aconsejaba pocas veces; Barthelemy de Matagnana la desechó; Mathieu de Grandj aconsejó sencillamente el braguero; Marcus Gutenaria aconsejó el braguero, pero sin desechar las operaciones cruentas.

Como se ve, los principales procedimientos de los autores árabes consistían en aislar el didimo, atrayendo el testículo hacia fuera; empleaban también el cauterio actual y utilizaban los procedimientos de Roger de Parma y del obispo Theodorico.

Durante el siglo XV, Alejandro Beneti describrió un nuevo tratamiento para la hernia inguinal, en el que se respetaba el testículo.

En el siglo XVI, Pedro Franco, Ambrosio Pareo y Fabricio de Aquapendante, utilizaron todos los medios para evitar la intervención quirúrgica; recomendaron, además del braguero, toda clase de emplastos; antes de aplicar estos remedios sangraban al enfermo y les aconsejaban «abstenerse de reir».

Pedro Franco fué el primero que pensó operar la estrangulación herniaria; después de él todas las operaciones cruentas han sido sustituídas por la contención; operaba también á las personas robustas y de edad, y trataba á los niños «por vía de medicina».

Estos tres cirujanos, cuando se veían obligados á practicar la cura radical, elegían siempre el procedimiento que respeta el testículo. Sin embargo, practicaron la castración en algunas hernias gruesas. Sus procedimientos, en último análisis, eran análogos por completo al de Pablo de Egina, es decir, que enucleaban el testículo, aislaban el didimo, les atraían con fuerza, después los sujetaban lo más arriba posible con una pinza moderadamente apretada, les suturaban por encima de la pinza por medio de una sutura en 8, seccionaban el didimo (que se retraía en el vientre) y «colocaban de nuevo el testículo en su sitio».

Ambrosio Pareo empleaba otro procedimiento, que consistía en cauteri-

zar la piel de la región herniada hasta el pubis, «otro medio de curación más seguro y más fácil».

Cuanto á Fabricio de Aquapendante, empleaba otro procedimiento: excindía la piel, haciéndola sufrir una pérdida de substancia insignificante y la suturaba con el peritoneo.

Por aquella época, Pedro Franco y Ambrosio Pareo perfeccionaron el punto dorado de Methis (siglo XIII) por diferentes aplicaciones.

En el siglo XVII, las tentativas hechas para conseguir la cura radical de la hernia inguinal fueron más importantes.

Muininchen (de Dinamarca) y Sculteto perfeccionaron el procedimiento de obliteración del conducto herniario por el punto dorado (ó sutura real), y publicaron un nuevo método de cura radical de la hernia inguinal, que no era sino el antiguo procedimiento de los anabaptistas de Moravia.

En el siglo XVIII, Saviard intentó aconsejar el procedimiento operatorio de Celso. Thevenin, por su parte, examinó los procedimientos antiguos y la cauterización de la piel hasta el pubis, discutió también el punto dorado y la ligadura del saco después del aislamiento de los vasos espermáticos, pero todos estos métodos le parecieron peligrosos y ninguno tan útil como la castración bien hecha. Aconsejó este último método sin abrir el peritoneo y rehusó operar las hernias irreducibles.

La castración era á principio del siglo XVIII un procedimiento tan clásico que diferentes naciones (Francia, Holanda) dictaron leyes severas contra el que operara una hernia sin el consejo del arte y castrara sin necesidad.

Hacia fines del siglo XVIII, Dionis se opuso á toda tentativa operatoria, y aconsejó á los herniados usar braguero, único medio de curar la hernia conservando el testículo. Hasta trató de charlatanes á los que operaban, acusándoles de obrar «en contra de las leyes divinas y humanas». Dionis, aunque no era partidario de la castración en la hernia inguinal, la creía, sin embargo, indicada en la cura radical en los «religiosos».

Hacia fines del mismo siglo XVIII, cirujanos como J. L. Petit, Arnaud, Garengeot, Richter y otros estudiaron detenidamente los síntomas, la anatomía patológica y el mecanismo de la hernia inguinal. Todos estuvieron conformes en condenar su tratamiento operatorio.

Sin embargo, J. L. Petit practicó la cura radical en algunos casos, y Garengeot la kelotomía en la hernia estrangulada; Heister admitió excepcionalmente la ligadura y la extirpación del saco; Richter aconsejó, en ciertos casos, la escarificación del cuello del saco.

En 1774, Bordenave aconsejó en la hernia inguinal los procedimientos antiguos: la sutura real, el punto dorado de la ligadura del saco, los cauterios actuales y potenciales y el procedimiento de Gauthier y de Maget.

Al principio del siglo XIX las operacionos cruentas se hallaban tan abandonadas, que sólo se hablaba de bragueros en el tratamiento de la hernia inguinal. Pott quería fueran ahorcados los médicos que empleaban la cura radical en los herniados.

Pero desde el hermoso descubrimiento de Lister, y de los inmensos progresos contemporáneos de la antisepsia y de la asepsia, los cirujanos han vuelto á emplear los métodos cruentos, fundándose en el mismo principio que los antiguos, cuyos procedimientos operatorios han perfeccionado.

Con razón ha dicho Litré, refiriéndose á este asunto: «No hay invento de la medicina contemporánea que no se encuentre en embrión en la medicina antigua».

A Lucas Championnière pertenece la gloria de haberse ocupado de nuevo de estas operaciones cruentas; fué el primero que practicó de intento en los hospitales de París la cura radical de la hernia inguinal, y á él se debe el mérito de este notable invento.

Tratamiento de la hernia inguinal. — El Dr. *R. Alessandri* (de Roma), después de exponer á la ligera las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento radical de la hernia inguinal, de la mortalidad operatoria y de la anestesia, fijó los dos puntos principales en que debe fundarse todo procedimiento operatorio racional, á saber: 1.°, la excisión del saco lo más arriba posible y sin que quede residuo de infundibulum; 2.°, la reconstitución de una pared completa y resistente.

Se ocupó de los diversos precedimientos operatorios y de las maniobras especiales tanto en los casos ordinarios como en los excepcionales. Analizó especialmente los procedimientos que tienen por objeto la cura radical de un modo metódico, en particular el de Mac Ewen, y los de Kocher y Bassini que son análogos. Este último fué expuesto en detalle con indicaciones de las modificaciones principales según las diferentes formas de la hernia, en particular la supresión del trayecto inguinal, el alejamiento del cordón, su transposición en los diversos planos de la pared, los procedimientos plásticos para casos especiales, etc.

El Dr. *Lucas Championnière* (de París) dijo que en el procedimiento típico de Bassini la resistencia de la pared está en realidad representada por dos cicatrices lineales superpuestas; prefiere su procedimiento, que aumenta el grosor de la pared, yuxtaponiendo caras y no planos.

El Dr. *Reynes* (de Marsella) cree que se opera demasiado sistemáticamente las hernias inguinales, sobre todo en los enfermos de tejidos defectuosos. Desde el punto de vista de la técnica, amolda su conducta á cada caso particular, evitando en lo posible manipular los tejidos y operar en seco. Considera que, no obstante la operacion, todos estos individuos deben ser vigilados, prohibiéndoles hacer esfuerzos.

El Dr. *Vanverts* (de Lille) se limita á aplicar una ligadura sobre el cuello del saco sin resecar éste. Para la pared emplea la sutura en 8, que permite por medio de un solo plano de hilos no perdidos unir aisladamente de una parte el oblicuo menor y el arco crural, y de otra los dos bordes de la aponeurosis del oblicuo mayor.

El Dr. *V. Subbotitch* (de Belgrado) dijo que á veces es preciso renunciar á la extirpación total del saco, tanto más cuanto que no es de necesidad absoluta para la cura radical. Después de la sección y ligadura del cuello puede desbridarse la porción de saco restante á lo largo del cordón, y resecar los colgajos laterales. En ciertos casos es posible volver el saco, como en la cura del hidrocele, por el método de Winkelman.

El Dr. *San Martín* (de Madrid) cree que la operación verdaderamente radical en ciertos casos de hernia inguinal, consiste en rechazar el testículo en la cavidad del abdomen.

El Dr. *Bastianelli* (de Roma) dijo que muchas hernias pueden curar por

la simple ablación del saco, pero con frecuencia hace además una sutura antifunicular de la pared en dos planos. Cuando la pared posterior es muy débil, recurre al método de Bassini.

Tratamiento de la hernia crural. — El Dr. HILDEBRAND (de Berlín): Son buenos todos los métodos que fijan la parte media del ligamento de Poupart á la porción horizontal del pubis (fijación por puntos separados, por clavos, etc.). En los casos de hernias muy voluminosas ó de individuos débiles ó mal nutridos, pueden estar indicadas otras operaciones, por ejemplo, la plástica, practicada por medio de la movilización de la parte superior del pectíneo ó del periostio del pubis. Es preciso siempre separar exactamente los planos y hacer sólo una sutura. Es necesario, ante todo, resecar el saco muy arriba.

El Dr. *Lotheissen* (de Viena) dijo que la característica de su método consiste en la fijación simultánea al periostio de la rama horizontal del pubis, de los colgajos musculares del transverso y del oblicuo menor, lo que cierra el conducto crural en su parte interna.

El Dr. *Berard* (de Lion) emplea para la cura radical de la hernia crural el procedimiento inguinocrural. Después de aislar el saco crural se incinde el oblicuo mayor en sentido paralelo al arco de Falopio y á un centímetro por encima de éste sin llegar al anillo inguinal. El saco dirigido hacia atrás y por encima del arco es resecado como en el procedimiento de Ruggi. Se bajan el oblicuo menor, el transverso y el labio superior de la incisión del oblicuo mayor por medio de puntos en U. Se les anuda, y el cirujano fija sus planos musculares al pectíneo y al ligamento de Gimbernat. El labio inferior de la incisión inguinal es dirigido hacia arriba y suturado á la aponeurosis del oblicuo mayor.

El Dr. VANVERTS (de Lille): La sección vertical del arco crural expone en estas hernias á debilitar la región inguinal. Son preferibles los procedimientos que respetan este arco ó los que le desprenden del pubis.

El Dr. *Lassen* (de Copenhague) después de resecar por arriba el saco separa la aponeurosis del pectíneo, y con catgut muy fino cose este músculo, puesto al descubierto, al ligamento de Gimbernat y al arco crural, obteniendo así la oclusión muscular completa.

Hernia umbilical. — El Dr. FRAENKEL (de Berlín): Las hernias congénitas en la región umbilical y muchas de las adquiridas dependen en parte de suspensiones de desarrollo y de la persistencia de ciertos estados, y en parte de predisposiciones anatómicas que producen, por influencias ocasionales, la aparición de la hernia.

En el adulto la hernia umbilical no es un estado adquirido recientemente, sino la aparición de una disposición latente cuyo factor determinante lo constituye el traumatismo. En los niños de pecho conviene suprimir las causas determinantes (catarro intestinal, fimosis, etc.). En el adulto, si la hernia ocasiona molestias, sea voluminosa ó no, es necesario operarla.

(Continuará). F. TOLEDO.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 30 de Octubre de 1908.

Simulación de la esclerosis múltiple. — El Dr. *Sigmundo Erben* presenta á un sujeto cuyo cuadro patológico simula una esclerosis múltiple. En la exploración le chocó al orador que el reflejo rotuliano no estaba en armonía con la paraparesia, puesto que era normal. Además, la paresia de las articulaciones más extremas (tibiotarsiana, dedos de los piés) es menor que la de las más centrales, hecho que está en contradicción con lo que sucede en los casos de interrupción de las vías motoras. Ambos fenómenos son insólitos en los casos de lesión orgánica de la médula espinal. Pero puede tratarse de una parálisis volitiva en un individuo histérico, ya que en el histerismo es frecuente que queden libres las articulaciones periféricas. Hay otro síntoma que también recuerda las parálisis histéricas. El individuo no puede ejecutar el menor movimiento voluntario de la cadera ó de la rodilla, y, sin embargo, estas articulaciones no dejan de funcionar cuando anda el sujeto, ó sea con la inervación automática de coordinaciones más complicadas. En una palabra, al andar mueve rodillas y caderas. Mas, por otra parte, la parálisis no presenta ciertos caracteres de las histéricas, puesto que si bien puede cruzar las piernas cuando se le examina el reflejo rotuliano, no es capaz de elevar lo más mínimo el muslo. El cruzamiento de las piernas no se efectúa de un modo tan automático como el acto de caminar.

Ahora sostiene el orador una de las piernas del paciente y le invita á que ejecute movimientos con las rodillas: no le es posible por muchos esfuerzos que hace. Hecho esto, levanta un poco la pierna del paciente, que está péndula, y le invita enérgicamente á que haga algunos movimientos de flexión y extensión con la articulación del pié. Esto lo realiza muy bien, y durante este ejercicio, que no tiene otro objeto que distraer su atención, el orador quita con disimulo el apoyo á la pierna. Entonces siente el orador que hay un momento en que el paciente mantiene libre la pierna, poniendo en tensión el cuadriceps en la posición de extensión en que estaba colocado antes de que le deje caer pesadamente. Es decir, que puede poner en tensión este músculo, pero que no quería hacerlo. La hipótesis del histerismo no tenía fundamento.

El experimento resulta todavía mejor cuando el orador se sitúa al lado del paciente, porque entonces éste no está orientado al principio en qué dirección actúa la gravedad, si directamente hacia abajo ó más á un lado. De este modo se prolonga la libre oscilación que queda después de quitar el apoyo.

La certidumbre de que nos las habemos con un cuadro morboso no real, se hace mayor cuando se le hace al paciente que toque con el dedo la punta de la nariz. Lo que se observa entonces no es un temblor intencional ni una ataxia; tranquilamente lleva el dedo á un punto distante y no se esfuerza en corregir este movimiento á pesar de que debe apreciar que no ha conseguido su objeto.

Lo más convincente de todo es el examen del síntoma de Romberg. El autor modifica este examen haciendo que el sujeto se mantenga con las piernas separadas y que toque con el dedo á un objeto fijo; al cerrar los ojos se cae. Con este ensayo, aun los atáxicos más graves conservan el equilibrio; los atáxicos salen bien del experimento; en cambio los simuladores vacilan y amenazan caerse.

Con motivo de estas observaciones, el autor expresa su deseo de que se completen algunos capítulos de los Tratados de Neurología. En efecto, además de las enfermedades y de sus formas rudimentarias, necesita conocer el práctico algo de lo relativo á las falsificaciones que se pueden observar en la práctica.

Tumefacción de la parótida derecha.—El Dr. *Alfredo Götzl* presenta á un paciente de treinta años que viene padeciendo desde hace año y medio de una tumefacción de la parótida derecha. Esta tumefacción había crecido con lentitud; hasta hace poco tiempo sólo se mostraba al comer y después de una hora desaparecía espontáneamente.

Ultimamente había alcanzado las dimensiones de una nuez, era dolorosa, sólo al cabo de horas se vaciaba espontáneamente, pero no de un modo completo, y también el conducto excretor aparecía visible durante las comidas, como un cordón del grosor de una pluma de ave. Cateterismos repetidos demostraron que el conducto de Stenon estaba completamente franco y expedito en una longitud de 4 á 4 $^1/_2$ centímetros. La exploración rontgenológica no descubrió ningún cálculo. En las últimas semanas también la parótida izquierda presentó en el sitio homólogo una tumefacción no claramente circunscrita, pero que sólo aparecía durante las comidas.

El orador opina que es inatacable el diagnóstico de tumor salivar, pero que en este caso no es posible dar con seguridad una interpretación anatomopatológica de su naturaleza. Como no existen ni un crup del conducto de Stenon, ni formación de concreciones en el conducto excretor, habrá de tratarse ó de una calculosis del parénquima glandular, ó bien, y es lo que parece más probable, de una inflamación crónica sumamente lenta de la glándula con dilatación secundaria y engrosamiento parietal del conducto excretor.

Hepateptosis: tratamiento quirúrgico.—El Dr. *Oscar Föderl* presenta á dos operadas. Una de ellas padecía vómitos y cólicos; la zona maciza del hígado ocupaba, en la línea mamilar, desde la octava costilla hasta dos dedos por debajo del ombligo. Había, además, riñón móvil en ambos lados y colelitiasis.

Se procedió á la reposición del hígado en su sitio seguida de hepatopexia y de extirpación de la vesícula biliar.

En el segundo caso las cosas sucedieron de una manera bastante parecida.

Cree el orador que no debe admitirse la existencia de una hepatoptosis total, á no ser cuando esté bien probado que se trata en realidad de un descenso de toda la víscera, y no de un cambio de forma. A consecuencia de los cambios de forma del hígado, sobrevienen inflexiones angulares del conducto cístico, procesos inflamatorios y colelitiasis.

El Dr. *Julio Tandler* es también de opinión de que la expresión hepatop-

tosis no es la adecuada. Conviene insistir muy especialmente en que los cambios en la forma del hígado simulan cambios de situación de la víscera. Ya durante la vida embrionaria depende la forma del hígado de las particularidades que presentan las partes inmediatas.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Diagnóstico diferencial de las fiebres.—El Dr. W. Sutherland dice que, en un caso dado de fiebre, hay què tener en cuenta lo siguiente: 1.° La causa de la fiebre puede ser infecciosa ó no infecciosa, pero casi siempre es de la primera categoría. 2.° Si la causa es infecciosa, es decir, debida á la invasión de un parásito, éste, sea de la clase que quiera, debe existir en el interior del organismo ó en su superficie y, excepto cuando es ultramicroscópico, puede ser descubierto. 3.° Estos parásitos pueden ser: *a*) bacterias (coco, bacilo, vibrión, hongo); *b*) protozoarios (amibas, piroplasma, cuerpo de Leishman-Donovan, espirilo, tripanosoma, etc.); y *c*) vermes (embrión ó verme desarrollado). 4.° La infección puede ser debida: *a*) á una infección local de la piel ó de alguna membrana mucosa de entrada al organismo ó de salida; *b*) á una infección general del aparato circulatorio; *c*) á una infección del bazo ó localizada en la circulación linfática; *d*) á una infección del exterior. 5.° Si existe una infección local, suele determinar en el sitio donde se localiza una reacción que se manifiesta por síntomas locales y por signos físicos; es fácil descubrir el parásito en alguna secreción ó derrame patológico. En la sangre se observan de ordinario los efectos de la absorción de las toxinas. 6.° Si se trata de una infección general del aparato circulatorio, es posible encontrar el parásito (á no ser ultramicroscópico) en la sangre ó descubrir indicios de su presencia. 7.° Si la infección está localizada en el bazo ó en la circulación linfática, se observan trastornos en alguno de los órganos hematopoyéticos y puede encontrarse el parásito ó pruebas de su existencia en el bazo ó en algún otro órgano linfoide ó linfático. 8.° Si los resultados de estas investigaciones son negativos, la causa de la fiebre no es infecciosa.

(*The Lancet*). — F. TOLEDO.

Tratamiento de la angina de pecho.—El Dr. J. Pawinski distingue en la angina de pecho tres períodos:

En el primero, caracterizado principalmente por síntomas nerviosos, en tanto que es insignificante la afección del miocardio, se impone el reposo, la proscripción de los alcohólicos y del cigarro, y si es preciso la prescripción de los bromurados. Si está aumentada la tensión arterial se emplearán los yodurados, comenzando por dosis pequeñas. Si la angina sobreviene de pronto con ataques violentos, el reposo en cama durante algún tiempo evita muchas veces su repetición en una larga temporada. Cuan-

do hay una gran excitación del sistema nervioso están indicados los procedimientos hidroterápicos poco enérgicos, y en cambio se emplearán las aguas minerales adecuadas en los casos de alteraciones de las funciones gastro-intestinal ó hepática, ó de perturbación del metabolismo nutritivo.

En el segundo período, en que los dolores se presentan no sólo al caminar sino hasta en completo reposo y en el que además está aumentada la zona maciza del corazón en el sentido transversal, presentándose á temporadas debilidad cardíaca, estertores húmedos en los lóbulos inferiores de los pulmones, albuminuria y un ruído en la punta del corazón isócrono con el primer tono, se debe prescribir la cama durante cierto tiempo, y emplear la digital, y después de algún tiempo el estrofanto. El autor no ha obtenido resultado con la diuretina, y dice, además, que en este período hay que proceder con mucha cautela en el uso de los yodurados y de los baños de agua con ácido carbónico.

En el tercer período, en el que ya se trata más bien de una afección del músculo cardíaco (*myodegeneratio cordis*) figurando en primer término la dispnea y el decaimiento en la energía del corazón, se prescribirán la digital, el estrofanto y la teobromina, asociados á la cafeína ó al alcanfor. No hay que olvidar, sin embargo, que el pronóstico es desfavorable y el resultado del tratamiento más dudoso en los casos en que los síntomas de la degeneración del miocardio han sido precedidos de ataques de angina de pecho.

Cuando el ataque, se le permitirá al enfermo adoptar aquella postura que ha elegido instintivamente. Si hay gran tensión en el sistema arterial se prescriben: la nitroglicerina en disolución alcohólica al 1 por 100, á gotas ó en tabletas de medio miligramo; las inhalaciones de nitrito de amilo (2 á 6 gotas); la disolución de nitrito sódico 1 á 2 por 180 de agua (3 ó 4 cucharadas diarias) y en algún caso 3 decígramos de quinina. Conviene usar con mucha parquedad la aspirina, la fenacetina y el piramidón porque exponen al colapso. Si con ninguno de estos medicamentos se mitiga la violencia del ataque, se acude á la morfina en inyección subcutánea ó por la vía digestiva, precedida, si acaso, de una inyección de cafeína ó de alcanfor.

Cuando la causa del ataque ha sido una transgresión dietética, se apelará á los enemas, preferiblemente á los drásticos, que debilitan al enfermo con las deposiciones frecuentes.

En algunos casos de angina de pecho la Naturaleza procura mejorar la circulación de la sangre y con ella la nutrición del miocardio, dando origen á una insuficiencia de las válvulas.

(*Med. Obosrenie*, 11-08, extractado en el *Deutsche Medizinal-Zeitung*, número 85, 1908).— R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONGRESO NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

Celebrado en Zaragoza del 2 al 6 de Octubre de 1908

POR EL

DR. D. ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico, por oposición, del Hospital Provincial.

(Conclusión).

V

Va íntimamente unida en ésta como en todas las enfermedades la cuestión del pronóstico y de la curación de la tuberculosis. Todos afirmamos que la tuberculosis es la más curable de las enfermedades crónicas y la más evitable, y realmente sucede así, pero es muy difícil hacer creer en aseveración tan halagüeña porque á renglón seguido se ven las estadísticas de mortalidad por tuberculosis en toda Europa y se recogen por millones los casos de defunción; pero no se integran, como es natural, en esta conclusión todos los casos de los que han padecido ó padecen la tuberculosis, y si consideramos esta relación, casi es axiomático el primer principio, porque para algunos médicos todos hemos sido tuberculosos y sólo se han manifestado en forma clínica, es decir, sólo se han sometido á tratamiento aquellos tuberculosos cuyas manifestaciones se han hecho ostensibles por medio de productos inflamatorios, de síntomas culminantes ó de evoluciones, que constituyen lo que se llama vulgarmente hecho clínico.

La tuberculosis latente que en algunos sujetos no ha llegado á tener la menor manifestación de reacción y que en éstos ha podido llegar hasta constituir una inmunidad para infecciones de mayor intensidad, no puede en manera alguna reconocerse y, por tanto, enumerarse en las columnas de una estadística.

La tuberculosis no diagnosticada tampoco puede ser dato numérico de comparación y queda única y exclusivamente las tuberculosis de evolución ostensible, y aun entre éstas realmente no puede llamarse tuberculosis si no cuando llega al período abierto, es decir, ya en el período bacteriotóxico, en el cual la mortalidad es enorme, pudiendo alcanzar hasta el 80 por 100 de los casos observados. De aquí la incongruencia entre la afirmación positiva de la curabilidad de la tuberculosis con gran facilidad y la opinión vulgar de la letalidad de la tuberculosis.

Los fundamentos de la doctrina de la curabilidad, asentados en las célebres autopsias hechas la mayoría de ellas en los depósitos judiciales de cadáveres, donde se han encontrado multitud de procesos tuberculosos completamente curados, ya en una forma ya en otra, que no hemos de discutirlo, y las autopsias que se generalizan y vuelven á ser lo que fueron en la época de Andral y de los fundadores de la escuela anatomopatológica, es decir, una obligación por lo menos en los médicos de hospitales, han de multiplicar cada día los hechos ó hallazgos de autopsias de procesos tuberculosos completamente inofensivos.

Además, hay muchas tuberculosis que no llegan al período abierto, procesos catarrales poco parenquimatosos que acompañan al sujeto hasta edades longevas y que sólo le constituyen en un estado de menor resistencia y en peligro constante de su vida; pero en verdad también sujetos que van enterrando á Hércules, que vivieron cerca de ellos y son hombres de vejez que parecen casi inmortales. Esta tuberculosis lenta, de tipo local, sin procesos generales y sobre todo sin fiebres y sin hemoptisis, dan la razón también á los que pensamos en que la tuberculosis no tiene la gravedad de muerte tan numerosa como se cree. Pero si entendemos por procesos curativos la restitución *ab integrum* de los órganos invadidos por los nódulos tuberculosos, ya es algo más relativa la idea de curabilidad, puesto que aun en estos hallazgos de autopsia se han encontrado destrucciones de pulmón, por ejemplo, bastante extensos, si bien compatibles con la vida, no compatibles con una salud perfecta, es decir, que la curabilidad ha habido que considerarla en el Congreso de Zaragoza en estos dos aspectos, en el que pudiéramos llamar curabilidad absoluta, vuelta á la salud, restitución *ab integrum*, órganos que se reintegran en su anatomía normal y curabilidad relativa, ó sea compatibilidad de la vida, casi de la salud con procesos de alguna importancia, pero que no han despertado ó

no despiertan por falta de evolución ningún otro proceso general que incapacite para la salud y que ponga en peligro la vida.

En estos dos aspectos, el Congreso de Zaragoza, como en casi todos los Congresos de la tuberculosis, se ha coincidido en que la curabilidad absoluta de la tuberculosis es muy rara, pero en cambio es muy extenso el número de casos de curabilidades relativas, que no llamaremos aparentes, como algunos han llamado en el Congreso de Zaragoza, sino que pudiéramos llamar curación semejante á la paz armada, es decir, que los agentes causales pierden de vez en cuando su virulencia, y solamente en exaltaciones pasajeras provocan reacciones morbosas que unas veces vuelven otra vez á la disminución de virulencia y á la salud aparente, y en algunos casos desgraciados provocan trastornos de transcendental importancia en el organismo, y esto es muy digno de tenerse en cuenta, porque las mejorías que así podemos llamar de la tuberculosis han servido á todos para hacernos ilusiones, á veces para darnos á nosotros mismos esperanzas muy halagüeñas respecto á haber encontrado la piedra filosofal de la terapéutica en estos procesos.

A esto se ha debido la boga de casi todos los tratamientos instituídos hasta ahora contra la tuberculosis, desde los clásicos fundamentados en la doctrina de la inflamación como proceso de relleno de la tuberculosis, hasta los modernos que se les asignan acciones patogénicas y se cree llegar con ellos á la verdadera curación de la tuberculosis.

Estos aspectos informan también la noción del pronóstico, y así como el diagnóstico de las formas nosotros le creemos relacionado, aun cuando no hemos estado en mayoría en el Congreso de Zaragoza, con la virulencia del germen, en el pronóstico hay que integrar, además de la virulencia del germen, la topografía de las lesiones, la extensión de las mismas, la tendencia á las necrobiosis, la persistencia de la hemoptisis y las evoluciones febriles, para pronosticar con algún acierto, de una parte, lo que nosotros hemos llamado siempre pronóstico de órgano, y de otra, salud persistente, enfermedad ó muerte; y también en el asunto del pronóstico hay que integrar las probabilidades de éxito de los tratamientos, ya que en la tuberculosis estos plazos pronósticos se cuentan á veces por años, y no pocos casos por vidas enteras, y en estas últimas, cualquier tratamiento que se instituya podrá tener en su abolengo un éxito que achacarse cuando el éxito es un proceso natural ó de inmunidades adquiridas á expensas de los productos vivos

del germen, mientras éste conserva sus endotoxinas, y sólo envenena al organismo por sus toxinas desprendidas de la evolución natural y propia de su vida.

En el Congreso de la tuberculosis de Zaragoza, tal ha sido la manera de considerar el pronóstico de la tuberculosis, si nosotros no nos hemos colocado en puntos de vista que nos hagan forjarnos ilusiones, porque, así como *todo es según el color del cristal con que se mira*, todavía hay más error cuando se inspecciona el horizonte desde un punto de vista que, ó abarca mucho, ó abarca poco terreno, ó la luz y la sombra producen ilusiones ópticas que nos engañan; y cuando se trata de sintetizar asuntos en asamblea de extensión tan grande como el Congreso de Zaragoza, con facilidad pueden cometerse errores parecidos á los del espejismo que extravía la caravana en el desierto.

Vamos á terminar esta reseña con el asunto del tratamiento, y á fe que hemos de empezar con una afirmación que ya hicimos al dar cuenta de este Congreso en el Ateneo de Madrid. No podremos pecar de sospechosos respecto á la manera de pensar que tenemos en las infecciones. Hemos sido de los más entusiastas, y seguimos siéndolo, del tratamiento seroterapéutico. Fuimos los introductores en España de la vacuna animal en el año 1873 (¡que ya van días!) contra la viruela; estudiamos con cariño, lamentando que no hubiera sido cierta la vacuna contra el cólera, el año 1885, y apenas el descubridor del germen-contagio de la tuberculosis, el ilustre Koch, al que sólo su grandeza pudo librar de un verdadero Waterloo en sus victorias, anunció el descubrimiento de su tuberculina, creyendo en la doctrina con la fe del apostol que escucha la voz del Maestro, el Dr. San Martín, malogrado amigo mío, y yo, partimos para Berlín, y ¿por qué no decirlo? arriesgamos nuestra vida, cuando aquí no se pensaba en tuberculinas, por una parte contra las intemperies de un invierno riguroso, de menos de 22°, y por otra arrostrando el contagio en una ciudad repleta de tubérculos como Berlín por entonces, donde no sé si en alguna peregrinación á la Meca acudirán con más fe que allí acudieron los pobres enfermos, halagados por la experiencia y el crédito de Koch. Esto prueba que creemos nosotros, y seguimos creyendo, que el tratamiento del porvenir en la tuberculosis es la tuberculina; pero entonces nos convencimos, y hoy seguimos convencidos, de que ni aquéllo era realmente una tuberculina en el extricto sentido de la palabra, para fundamentar la tuberculino-

terapia científica, ni las tuberculinas que hoy se usan por los que las manejan son verdaderamente productos que lleven un signo de infalibilidad, hasta donde es capaz de exigirse en las ciencias naturales. Son intentos realmente nobles; pero si se llevan más allá de intentos, si se los quiere constituir como tratamiento único, si se les da ó se les quiere dar el carácter de infalibilidad, y, sobre todo, si se asientan estadísticas sobre ellas, nos tememos mucho que, cuando llegue el descubrimiento, que no sabemos si tardará mucho ó si aparecerá, como apareció del día á la noche, el de la difteria ó la vacuna del carbunco ó los rayos X, porque todo descubrimiento en las ciencias físico-naturales tiene sus precedentes, pero la aparición es muchas veces hija de la casualidad, que se encuentre la doctrina un tanto quebrantada por los desalientos, que nacen siempre de los fracasos terapéuticos, sobre todo cuando estos fracasos nacen de ensayos muy generalizados, ó, mejor dicho, de generalización de ensayo, que nunca deben pasar de la categoría del laboratorio, porque con las esperanzas no pueden fundarse nunca las realidades, y cuando las realidades llegan, si las esperanzas se han perdido, nunca puede conseguirse el éxito.

No van inspiradas estas ideas, ni mucho menos, en nada que pueda ser ofensivo á los generosos espíritus que arriesgan hasta su reputación en aras de un tratamiento, y no van tampoco dedicadas á contrarrestar los progresos de la medicina; no son ni siquiera pensadas para que no prosigan estos ensayos: son única y exclusivamente lo que dije en la ocasión citada en el Ateneo, para que hagan el efecto de freno en la marcha del motor y eviten la catástrofe que pudiera ocurrir, como ocurre muchas veces en los que, marchando dentro del automóvil, no aprecian su velocidad y solamente la conocen cuando ya no pudiendo hacerse dueños del motor, se ven lanzados á la catástrofe; pero, en cambio, no abandonando nunca la guía y regulando la marcha, este medio de progreso humano llena la indicación á que está llamado, y así también la tuberculina, manejada más como ensayo que como tratamiento general, podrá poco á poco ir sentando sus indicaciones hasta que llegue la tuberculina ideal, la que esperamos los que no hemos dudado de la doctrina, sino del producto; y entonces, en la amplia vía del progreso, no haya miedo á correr, seguros ya del motor, del freno y del que lo dirige.

No ha sido sólo en el Congreso de Zaragoza, sino también en el Congreso de Washington, donde no se ha llegado á sentar las indi-

caciones del tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina; y aceptando las palabras de Landouzy de que el tratamiento y alivio es la obra de ayer y de siempre, y prevención es la obra de ayer y de mañana, diremos que la tuberculina, como producto de inmunización, será la obra de hoy y mañana; que la tuberculina, como medio terapéutico, vendrá después tal vez de la tuberculina inmunizadora.

En estos dos Congresos que correlativamente se han celebrado, se ha demostrado que los productos no son unívocos, que se fabrican multitud de tuberculinas, y que dentro de este género, tomando como comparación la clasificación de la historia natural, hay muchas especies que engloban todos los venenos difusibles segregados por el bacilo de Koch; que hay tuberculinas de bacilos vivos, que hay tuberculinas de bacilos muertos, que este producto marcha á la par con los del cólera en los dos tipos de Haffkine y de Kolle, y que, por lo tanto, al hablar de tuberculina cada autor habla de la suya, y es más difícil entenderse entre ellos mismos que entendernos ellos y nosotros. Así Calmette, con la tuberculina CL asegura que retarda la evolución de la tuberculosis y aumenta la resistencia del organismo, es decir, una tuberculina mixta; que Gabriloski, de Finlandia, tiene una tuberculina que llama pura; que Denis sólo habla de la suya; que los ingleses se refieren á la tuberculina en afectos quirúrgicos más bien que en los médicos, y que solamente de estos Congresos se deduce que estamos en el camino, que vemos algo en el horizonte, pero que no podemos afirmar, de la manera honrada que deben afirmarse las cosas médicas, que hayamos llegado á encontrar la tuberculina que debe aplicarse, única en los casos de tuberculosis, y que teniendo ya el producto podamos sentar bien sus indicaciones. Y hasta los propios partidarios van con piés de plomo, afortunadamente, porque no se puede olvidar el fracaso de Berlín, y las dosis son débiles, lentas, con intervalos muy distanciados y siempre según aviso y en evitación las reacciones violentas.

¿Hay, por lo tanto, razón para lanzarse á aventuras con productos de tanto peligro, tan inciertos, tan inseguros en su constitución íntima, tan variados en cada laboratorio, y no tendremos razón los que decimos que sin hacer un alto en la marcha, por lo menos, podamos pedir cierta beligerancia en la discusión para ir lentamente todos hacia un mismo fin, pero sin precipitar nunca el paso en asunto de tal transcendencia?

Dicho esto, afirmaremos que en el Congreso de Zaragoza, el tratamiento por la tuberculina ha quedado todavía en tela de juicio, la discusión ha sido interesantísima, sostenida con verdadero entusiasmo, documentada científicamente, pero limitando mucho sus indicaciones, eligiendo entre las tuberculinas la de Koch por el Dr. Verdes Montenegro, que en su trabajo y en las cuatro conclusiones de él, exige que los casos sean muy apropiados. Pero todavía lleva poco tiempo este tratamiento para que no le suceda lo que decimos al hablar del pronóstico, que muchas veces la tuberculosis tiene periodos tan silenciosos y de curación tan aparente, que no me extraña que los partidarios de este medio se hagan ilusiones, como nos las hemos hecho nosotros con muchos tratamientos, pues al exigir que los casos sean iniciales, con lesiones limitadas en buen estado de nutrición, sin fiebre y con moderada taquicardia, podemos afirmar también que en estas condiciones pudiéramos citar muchísimos casos que, sin hacer nada más que el tratamiento social y el tratamiento higiénico, se han conseguido suspensiones del proceso, y si quisiéramos entender la palabra curación, por plazo largo, curaciones aparentes.

En la obra de Sahli, uno de los más partidarios de la tuberculina, se llega á iguales conclusiones, exigiendo condiciones también hasta de parte de la moral del médico, y hasta contrarias á todas las tuberculinas de Koch, recomendando una que difiere completamente de la de Koch, que es la de Beranec, y en definitiva, respecto á la tuberculina en los Congresos de Zaragoza y de Washington, el pensamiento ha sido el mismo: afirmar la doctrina del tratamiento antitóxico, asegurar que todavía no tenemos el remedio para este tratamiento.

Quédanos, para terminar, el asunto de la higiene en su aspecto terapéutico, aun cuando realmente pudiéramos dispensarnos de repetir en esta última parte que han triunfado el aire y la luz como elementos casi únicos en esta lucha. Sin embargo, ha habido en la higiene terapéutica, como en la higiene social, dos tendencias realmente distintas: una la que pudiéramos llamar la higiene aislada contra la tuberculosis, y otra la que ha considerado á la higiene de la tuberculosis como un caso de la higiene general, pensando que cuanto se haga en favor de ésta se hace también contra la tuberculosis.

Claro es que, sin apartarnos nosotros de la idea de que el método inglés es el mejor, saneando la ciudad sin objeto determinado,

sino con el objeto común de evitar las enfermedades infectocontagiosas, se alcanza no ya á la tuberculosis, sino hasta á las enfermedades que son causas productoras de la misma y que además se asocian á ella en su aspecto de causa viva en el tipo de tuberculosis asociada. La higiene antituberculosa, como ya hemos dicho, exige un presupuesto más dispendioso, y hay que añadir al presupuesto de sanidad de la nación cantidad suficiente para atender á esta enfermedad, porque exige por el número de casos y los complejos problemas de su evolución social y clínica sacrificios mayores por sí sola que los de todas las enfermedades infecciosas, pues así como suma su mortalidad la cantidad total de las sumas parciales de las demás enfermedades, así también requiere una mayor cantidad para contrarrestar sus efectos y evitarlos en cuanto sea posible.

Una nota muy curiosa fué la conferencia del Sr. Elósegui, planteando el problema á la inglesa en la ciudad de San Sebastián, y pensando que antes de toda campaña era preciso el saneamiento de la ciudad, dándonos á conocer en planos muy curiosos cuanto San Sebastián había hecho en favor de su sanidad y de su higiene, y, sin embargo, realmente todavía la tuberculosis no ha bajado gran cosa en la cifra de mortalidad y morbilidad de esta joya sanitaria entre nuestras capitales, y tiene que comprender en sus presupuestos alguna cantidad para lucha parcial antituberculosa.

Pero lo que ha triunfado en toda la línea ha sido la idea de una reforma radical en el casco de las ciudades antiguas, abriendo amplias vías de comunicación, disminuyendo la aglomeración de las gentes en las viviendas, haciendo que llegue el sol cuando menos á la mitad de la calle en todas las de la ciudad, disminuyendo el número de casas de las llamadas *de vecindad*, es decir, de las casas-asilos, donde cada ciudadano vive en una tasa de aire y ventilación que nos asombra cómo no se suceden todavía más los casos de la tuberculosis en formas contagiosas. Esta reforma del casco interior de las ciudades necesita, y así lo ha entendido el Congreso de Zaragoza, una ley de expropiación por asuntos de sanidad y un encasillado sanitario de la tuberculosis, y entonces se podrá emprender una campaña activa que secunde la hecha ya en las costumbres respecto á la persecución del esputo, respecto al fraude alimenticio, á la desaparición del impuesto de consumos y á los demás problemas sociales apuntados al principio en este artículo.

Nada hemos de decir de los recursos farmacológicos porque éstos han sufrido varios descalabros ya, y panaceas recomendadas por

todos no están hoy empleadas por ninguno, quedando única y exclusivamente en este derrumbamiento terapéutico el arsénico y los fenoles, pero más como medios coadyuvantes que como medios patogénicos.

En resumen, en el asunto del tratamiento, como era natural, no se ha llegado al coronamiento del edificio, y la disminución que se observa en toda Europa se debe á los progresos de la higiene más que á los progresos de la terapéutica, porque se ha necesitado reconstituir el estudio de la tuberculosis desde su causa hasta sus manifestaciones clínicas, y en tanto no se llega al conocimiento de la naturaleza del agente tuberculógeno, ni la inmunidad como prevención, ni la terapéutica como patogénica, podrán enorgullecerse de triunfos tan definitivos como los producidos con los medios higiénicos.

Tal ha sido el Congreso de Zaragoza, sintentizado con menos extensión que la que se merece, pero la misma grandiosidad de él disculpará la pequeñez de este trabajo, que no puede resumir lo que muy pronto en el libro de actas demostrará que es imposible condensar en líneas, á menos de no publicar de memoria unas actas que merecen ser presentadas con estudio suficiente como base fundamental del segundo Congreso nacional de lucha antituberculosa que ha de celebrarse en España, en la ciudad de Barcelona.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Toxinas del bacilo de Koch en la leche de mujeres tuberculosas.—II. Equinococcia experimental.—III. Sobre herencia tuberculosa.—IV. El paludismo y los mosquitos.—V. Psoriasis de origen vacuno.—VI. Glosina palpalis y enfermedad del sueño.—VII. La peste bubónica y los peces.

I. Los hechos recogidos experimentalmente por Rappin y Fortineau (*Soc. de Biol.*, 2 de mayo de 1908), son de gran valía. Se refieren á la existencia de las toxinas del bacilo de Koch en la leche de las mujeres tuberculosas.

Inyecta á conejitos de Indias tuberculosos 5 cm³ de leche hervida

de mujer sana ó que sufre una infección cualquiera, no la tuberculosa, y la reacción es insignificante. Repite el experimento, pero con leche de mujer tuberculosa, sea cualquiera el período, aun al principio, y determina una hipertermia por completo comparable á la que produce una dosis pequeña de tuberculina; con ello se demuestra que esta leche contiene el veneno producido por el bacilo tuberculoso.

II. Dévé (*Idem*, *id.*, id., id.) narra un experimento de equinococia experimental primitiva, demostrativo del génesis de los quistes hidatídicos. Inyecta en la tráquea de un conejo veinte anillos de tenia equinococo y transcurridos algunos días muere el animal en medio de accidentes respiratorios. Halló un quiste hidatídico pulmonar que se había roto en la pleura, determinante de un pneumotórax rápidamente mortal. Este hecho, además de demostrar dicho génesis, prueba que un quiste inadvertido puede matar por pneumotórax.

III. Cuando las ideas contagionistas no gozaban de tanto prestigio, se juzgaba la herencia tuberculosa como un hecho fuera de discusión: se nacía tuberculoso y la tuberculosis era una enfermedad de familia. Con la experimentación, el conocimiento de ciertos factores epidemiológicos y, por modo especial, con la observación de que los hijos de tuberculosos no enfermaban alejándolos del hogar doméstico, la herencia perdió todo su prestigio, fué negada, con razón ó sin ella, y de aquí que si el heredocontagio existe por excepción, es, en cambio, frecuente la infección familiar. Jaccoud dijo: se nace tuberculizable, no tuberculoso. Cuando más se llegó á admitir la transmisión de ciertos caracteres, bien vagos por cierto, agrupados con el nombre de predisposición á la tuberculosis.

Las exageraciones han abundado en todos sentidos. La experimentación, en estos últimos tiempos, ha permitido poner los hechos más de acuerdo con la observación y nos encontramos en la época de la verdad probable, si no absoluta. Maffucci y su escuela, Landouzy, Bas, Malvoz, Kuss y muchos más, han aportado numerosos datos, cuya síntesis parece debe resistir á la crítica más severa. Esta síntesis puede formularse de este modo:

1.° Existe, y realmente es posible, una tuberculosis hereditaria, ya por herencia concepcional (infección directa del óvulo materno ó del espermatozoo paterno), ya por tuberculosis adquirida por el feto en el útero, de procedencia materna, pero no concepcional.

La infección en el acto de la concepción es extremadamente rara,

pero menos que la endouterina. La investigación bacteriológica en los fetos de vacas tuberculosas prueba que se efectúa alguna vez, y lo mismo se ha visto en los abortos de mujeres tuberculosas.

Experimentalmente se logra, pero rara vez, la infección intrauterina; pero se ha de convenir en que este hecho está en oposición con la facilidad con que se obtiene la tuberculosis experimental introduciendo el germen por otra vía.

2.° La tuberculosis hereditaria es, en todo caso, muy rara é improbable. No basta saber que hay posibilidad de un determinado modo de infección; es preciso conocer qué importancia tiene en las condiciones naturales ese modo y si pudo presentarse. La hay, y es demostrable, pero en la práctica tiene una importancia secundaria. Nocard, mediante la tuberculinización, ha reunido materiales abundantes. Los terneros, hijos de vacas tuberculosas, reaccionan pocas veces (0'25 á 0'30 por 100) con la tuberculina, y aun es de excluir una infección ocurrida después del nacimiento, pues los separados inmediatamente de la madre, todavía dan menor contingente de reacciones. Según algún autor, los nacidos de madre tuberculosa, y esto lo mismo en el hombre que en los bóvidos, tienen por sí propios mayor resistencia á la tuberculosis y, por tanto, cierto grado de inmunidad. Esto, á la verdad, no ha sido demostrado con ningún hecho, ni ha sido notado, ni se funda en deducciones epidemiológicas; pero, en absoluto, no repugna á nuestros conocimientos teóricos sobre la inmunidad.

3.° En el estado actual de nuestros conocimientos no es demostrable una verdadera y específica predisposición á la tuberculosis, afirmación que si puede sorprender á los partidarios de las ideas corrientes, no sorprenderá á los experimentadores No sabemos lo que es esa predisposición, y juzgando sólo por los hechos experimentales, es fácil convencerse de que todos los animales colocados en condiciones de infectarse se infectan. ¿Y el hombre? Es arriesgado decir lo mismo, pero por analogía debe decirse también. Si hemos de creer en la experimentación, la predisposición es una palabra vana, sin base científica.

Como se deduce de lo expuesto, los resultados actuales de la experimentación se acercan un poco á las opiniones antiguas, en tanto que no excluyen en absoluto la herencia, pero esta herencia no tiene casi importancia práctica, y añaden que la predisposición no tiene hoy en su abono demostración probatoria alguna.

IV. En el III Congreso médico siciliano ha presentado el profesor

Viola un estudio crítico de la doctrina mosquito-palúdica. A modo de proposiciones tomo lo más importante.

Si los anofeles son la causa general de la malaria humana, no lo son siempre, pues la hay donde no existen aquéllos.

Es indudable que el hombre puede infectar á los mosquitos, pero esto es excepcional y en epidemiología tiene poco valor esta concausa. Se necesita una fuente de infección más fácil y más extensa que el hombre, que debe residir en el ambiente en su más lato sentido, para que el anofeles lo transmita á aquél, como había dicho Baccelli.

El mosquito rara vez se infecta del hombre por ser rarísimos en la sangre los *gametos*, única forma del ciclo que puede infectarlos experimentalmente. Es verdad que los cuerpos semilunares son también capaces de hacerlo, pero sólo durante un período brevísimo, como confiesa el mismo Grassi, el más decidido partidario del exclusivismo anofélico. Tan difícil es conseguir esta infección del hombre al mosquito, que Koch dudó de las investigaciones afortunadas de Grassi, Bignami y Bastianelli. En verdad, los cuerpos semilunares, en general, son muy raros en junio y julio, aun en las condiciones más favorables para su existencia (focos palúdicos, población pobre y abandonada, no empleo de la quinina).

Sobre ser raros los casos de infección de los mosquitos por escasez y poca duración de las formas infectantes, no todos los mosquitos quieren chupar, no todas las pieles con aptas (sin que sepamos por qué), ni todos los que punzan se infectan. Así unos no se infectan nunca por veces que piquen, otros hasta después de varias punciones. Además, en los casos en que los cuerpos semilunares han llegado al intestino, son digeridos si la temperatura es baja, 15° por ejemplo; se desarrollan mal de 20° á 22° y necesitan como temperatura óptima 30°. Después son necesarios diez á doce días de incubación antes de que sean aptos para infectar al hombre, y otros tantos para que éste tenga fiebre.

Dadas tantas dificultades experimentales para la transmisión de la malaria de hombre á hombre mediante el mosquito, hay que buscar en otra parte el origen, pues una epidemia no podría aparecer en condiciones tan difíciles y limitadas: la extrema rareza del malárico gametífero no puede ser el foco de irradiación en cada nuevo año epidémico. Valdría esto tanto como atribuir la anemia de los palúdicos á la pérdida de la sangre que saca un mosquito.

La nueva doctrina tiene, pues, un gravísimo pecado congénito.

Todavía no ha sido contestada la concienzuda objeción de Bignami y Bastianelli (1899), que no veían relación entre el número de las semilunares y las epidemias. Se dijo que estos cuerpos podían no ser vistos y existir, que todo recidivado podía ser un semilunar, que todo expalúdico (hasta sano de dos años) podía ser un recidivante, y se dedujo, con un optimismo inconcebible, que los expalúdicos podían ser semilunares, que siendo semilunares podían infectar los mosquitos y que todos habían de ser declarados sospechosos. ¡Podían, pues, ser fuente de infección!

Fundada en estas hipótesis é incompleta en sus pruebas, la nueva doctrina fué tropezando en nuevos obstáculos, que el autor va exponiendo con muy buen sentido.

Resumiendo: puesto que hay malaria de los campos, de los bosques, de los latifundios, de las regiones africanas que están deshabitadas; puesto que surgen casos autóctonos en regiones anofélicas, pero no maláricas; puesto que hay anofelismo sin malaria y paludismo sin anofeles; puesto que aparece y desaparece en puntos cuyas condiciones locales permanecen inmutables; puesto que cesa en las zonas sometidas á bonificación agraria; puesto que las epidemias estallan con violencia; puesto que éstas cesan á pesar de existir anofeles infectos; puesto que se repiten anualmente por brote espontáneo; puesto que es difícil demostrar con experimentos la infección de los mosquitos por el hombre; puesto que son muy raros los semilunares en especial y las recidivas en general; puesto que son escasísimos los mosquitos infectos en las glándulas salivares; puesto que las epidemias no tienen carácter contagioso..... sólo cabe la hipótesis de que los gérmenes se encuentren profusamente en el ambiente y en él sufren exaltaciones periódicas de virulencia estacional, atenuaciones espontáneas, rarefacciones hasta la esporadicidad, ascensiones lentas y hasta imprevistas, desapariciones temporarias ó duraderas, bajo la influencia de una transformación de la superficie (agricultura, pavimentación, etc.) ú otros motivos. Así se explica también la malaria sin anofeles.

Falta averiguar cómo entra el germen en la sangre en los puntos no anofélicos y hasta en los anofélicos. En este caso quedaría reducida la importancia de los mosquitos en el paludismo humano á un hecho accidental y raro de contagio entre hombres, que demuestran los experimentos. Mas tal hipótesis no satisface á quien considere:

a) Que si hay epidemias, rarísimas, sin anofeles, son muchas las que coinciden con un mosquito especial;

b) Que es poco probable resida el germen en el aire, pues la malaria es autóctona y los vientos no lo transportan á gran distancia, ni sea el agua su vehículo habitual, ya que contra ello hay muchas razones y la experimentación;

c) Que las leyes epidemiológicas tienen mucho que ver con las costumbres de los mosquitos;

d) Que es indiscutible en las zonas maláricas anofélicas la utilidad de la protección mecánica contra los mosquitos.

Si estos hechos demuestran el papel preponderante de los mosquitos, no excluyen que el germen entre en la sangre por otra vía y por otros medios. Muchas infecciones tienen varias puertas de entrada.

De las dos hipótesis primitivas, la de Manson (infección del hombre por los mosquitos) y la de Bignami (el mosquito se infecta en el ambiente y luego infecta al hombre), ésta es la que hasta hoy explica mejor los hechos naturales.

Científicamente, aceptado que el medio sea el asiento de la infección, no es el hombre habitación precisa en el ciclo del parásito, como cree Manson; y así se explica la haya en puntos abandonados por el hombre (Etiopía, etc.). La relación entre el anofelismo y la malária se establece, no sólo por el número de mosquitos, sino por la densidad de los gérmenes en el ambiente que hará se infecten más ó menos anofeles.

Prácticamente, es un error creer que con la quinina, desinfectando la sangre, se sanee una sola hectárea de terreno. Hasta que el saneamiento agrícola haya transformado el ambiente y destruído el germen, debe ser renovada la profilaxis quínica. Así lo demuestran los hechos.

El aislamiento de los palúdicos, en la lucha contra la malaria, no se justifica por una propagación interhumana, pues este modo de contagio constituye un factor de poca monta, y la aparición de los focos de epidemias bien puede ser debida á brotes en el ambiente primitivamente circunscritos.

Ni el problema está resuelto ni la doctrina es completa: el asunto es más complejo de lo que se suponía y hay muchos puntos obscuros.

Dados tantos hechos y tantas objecciones no se puede proceder á la ligera, con tanto más motivo cuanto que las explicaciones en pro de la doctrina no han tenido fortuna.

Se ha dicho que donde hay un malárico y anofeles, la epidemia

quedaba constituída; pero hay regiones con palúdicos y muchos anofeles, y conviven saludablemente. Se añadió que esto era una excepción dependiente de condiciones locales desconocidas, pero no tardaron en multiplicarse los ejemplos y la excepción no pudo ser invocada.

Se admitió como precisa la preexistencia del germen en la sangre del hombre ó en los mosquitos para los casos nuevos, y han sido descriptos casos autóctonos y primitivos sin lo uno ni lo otro.

Se afirmó que la temperatura estival era necesaria para las epidemias, y no se tardó en observar epidemias invernales. Se las refirió entonces á las estufas, y numerosos hechos desmintieron esta infantil suposición.

Se creyó que era la malaria un contagio esencialmente doméstico y se comprobó que los campos deshabitados son el verdadero foco de la malaria.

Se negó la posibilidad del paludismo sin mosquitos, y han sido observados muchos casos sin ellos.

Se aseguró que no era propagada con el agua y fueron descriptos casos de origen hídrico.

Se dudó de la naturaleza primitiva de las fiebres invernales y primaverales, y se las vió en niños á poco de nacer.

Se desmintió la existencia de epidemias navales y se registraron varias de ellas sin anofeles.

Se decía que la malaria no existía en las alturas y se la ha observado en regiones elevadísimas.

Se juzgó que con la quinina y la teoría, sin sanear los campos, se acabaría con el último anillo de la cadena hombre infecto ó mosquito recién nacido, olvidando la historia secular de la malaria derrotada con la última dosis de quinina, y ocurrió el grave fracaso de Stephanshort.

Se hizo entonces más intensa la desinfección de la sangre desde el período premalárico y durante toda la epidemia; durante ocho años la Cruz Roja, con un ejército de médicos, enfermeros, caballos y ambulancias, impuso una profilaxis coercitiva á la masa agrícola del campo romano y mantuvo sofocada casi por completo la infección en la sangre humana; pero nadie se atreve á asegurar que se haya saneado por escasez de semilla recogida de los anofeles. Hoy se dirige la vista nuevamente al mejoramiento del suelo, abandonado unos pocos años, á pesar de la calurosa defensa que de él hizo Baccelli en el Parlamento.

Las doctrinas completas no se imponen por la autoridad de los que las profesan, ni con discursos, ni con escritos: se imponen por ser verdad y se abren paso. La doctrina exclusivista fundada hace más de ocho años ha quedado estancada: no se han hecho más investigaciones, ha sido tenida por infalible y el estado pasional de la contienda ha apartado del campo á los más estudiosos. Los médicos rurales, los más en contacto con el fenómeno natural, son los más incrédulos y los más irreductibles.

La protistología es una ciencia difícil é incompleta, y la clínica y la epidemiología no deben ser sus prisioneras. Quedan por resolver problemas fundamentales. La hipótesis, única que abraza todos los hechos conocidos hoy, es ésta: el germen reside primero en el ambiente, de aquí lo toma el mosquito y lo transporta al hombre; pero también puede el hombre recibirlo de otras fuentes.

V. El psoriasis de origen vacuno es raro. J. Nicolas y M. Favre (*Lyon méd.*) han observado dos casos: un jóven de diecinueve años y una joven de dieciséis. En ambos, con más ó menos intensidad y rapidez, se inició el daño en los puntos de inoculación, y luego, al cabo de seis meses en el primero y menos en la segunda, se diseminó la erupción; el prurito, muy intenso en los dos, llegó en la segunda hasta hacer pensar en la sarna.

Se ha intentado explicar esta suerte de psoriasis por el despertar de uno latente bajo la acción de la vacuna en un predispuesto, por la emoción del acto operatorio; en fin, por haber inoculado el agente patógeno del psoriasis no conocido todavía. Lo más racional parece ser esto último.

VI. A la mosca *Glossina palpalis* se la considera hoy como el vehículo de los tripanosomas de la enfermedad del sueño.

De los estudios hechos por E. Roubaud (*Acad. des Soc. franç.*, 1908) se deduce que el calor es mucho más ofensivo que el frío para sus larvas, viviendo bien sólo cuando la temperatura del suelo es de 25°; por eso se refugia de preferencia en las orillas cubiertas de espesas hierbas de los cauces de aguas corrientes. Si esto es así, con el desbrozamiento de los puntos nocivos, incluso mediante el fuego, se lograría la destrucción del insecto, por más que basta dejar expuesto el suelo á los rayos solares.

VII. Furth (*Zeits. für Higiene*) trata de si es posible la infección pestosa de los peces, dados los cadáveres de ratas pestíferas que van á las aguas, los cuales son comidos por aquéllos; y si bien el hecho no puede tener gran importancia práctica, parece hoy acep-

table la posibilidad del peligro. Los experimentos demuestran que los peces pueden albergar durante algún tiempo el bacilo, y si en la vida natural debe ser muy difícil el hecho, no por eso deja de ser real.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 16 de Noviembre de 1908.

Un nuevo método de anestesia regional. — El Dr. *Goyanes* expuso á la consideración de los Sres. Académicos un nuevo método de anestesia regional que ha ideado y puesto en práctica en la clínica, previa detenida experimentación en los animales. Dice que los medios de que disponemos para suprimir el dolor en las operaciones son la narcosis por el cloroformo, el éter, etc., y la anestesia local; que esta última se emplea como anestesia por inyección subcutánea, que es la más corriente, como anestesia por infiltración, según la técnica de Schleich, ó en forma de anestesia de conducción (*leitungs anestesie*), según Oberst, etc. Que la anestesia regional (denominación que él usa por vez primera) tiene por objeto insensibilizar al dolor una región más ó menos extensa operatoria, habiendo buscado como vía de penetración del anestésico los vasos ó, por mejor decir, las arterias de la región. Que sus experimentos en los perros, practicados hace ya un año, le han convencido de que las picaduras de las arterias practicadas con agujas muy finas se soportan perfectamente y sin ulterior perturbación por aquellos vasos. La oblicuidad de la punción favorece la oclusión espontánea del pequeño orificio, y si la aguja es muy fina no se determina hemorragia alguna al extraer la aguja; si ésta es de mayor grosor, se forma generalmente un pequeño trombo ó mejor una sufusión hemorrágica en la túnica adventicia del vaso, y con agujas todavía mayores una hemorragia arterial que se cohibe fácilmente por compresión.

Con estos precedentes experimentales y teniendo en cuenta además que la penetración en los tejidos del líquido anestésico se favorecería dejando exangüe la región, combinó la isquemia regional con la inyección á través de la arteria, con lo cual, claro es, limita su método á las operaciones que se efectúan en los miembros. Para obtener aquélla aplica la banda de Esmarch y limita la región oponible con dos tubos de goma que impiden toda repleción sanguínea de los vasos. Luego hace una inyección subcutánea del anestésico, incinde los tejidos y busca la arteria principal de la región, la aisla é inyecta con una aguja muy fina la disolución anestésica; la empleada hasta ahora ha sido la novocaína, substancia de poder tóxico cinco

ó seis veces menos que el de la cocaína, en disolución al $^1/_2$ por 100 teñida con azul de metileno y en cantidad que, según la extensión de la región, varía de 50 á 100 gramos.

Los casos operados por ahora con este método, en el cual lo más importante consiste en la inyección á través de la arteria, han sido dos: una excisión cicatricial en la mano con plastia tendinosa (inyección en la radial previa isquemia de la mano) y una amputación del brazo. En ambos casos obtuvo una anestesia completa y los enfermos se curaron sin contratiempo alguno. Termina diciendo que piensa publicar *in extenso* la técnica de este nuevo método anestésico original y relata detalladamente los casos en los que la ha empleado.

Un caso de catarata negra. — El Dr. *Sanz Blanco* presentó un hombre de cincuenta años que se propone operar.

Un caso de compresión del plexo braquial por neoplasia; autopsia.—El doctor Fernández Sanz: Tratábase de un hombre de cuarenta y cuatro años, natural de un pueblo de la provincia de Lugo, casado, jornalero, sin antecedentes familiares de interés. Alcohólico inveterado, había padecido paludismo y fiebre amarilla en Cuba años atrás. A mediados del año 1907 sufrió grandes pérdidas de fortuna, pasando de patrono á simple oficial de panadero, teniendo por obligación que levantar y acarrear á brazo grandes pesos, á lo que no estaba acostumbrado.

Cuatro meses llevaba en este penoso oficio cuando, por noviembre de 1907, empezó á sentir ligeros dolores en la parte alta de la pared torácica anterior derecha, dolores que después se propagaron á la escápula del mismo lado. Por entonces padeció también un catarro de vías respiratorias con tos y expectoración moderadas y algo de fatiga, estado que le duró, sin fiebre, unos dos meses, curando, sin recidivas ulteriores. Los dolores torácicos, en cambio, fueron en progresivo aumento: al principio no los sentía sino al hacer esfuerzos, pero luego se hicieron espontáneos, si bien los movimientos del brazo los exageraban; su intensidad, así como su extensión, eran cada día mayores, alcanzando al hombro y brazo, hasta el punto de tener que dejar el oficio, ingresando á fines de mayo de 1908 en la sala de San Mateo del Hospital de la Princesa.

Estado en la fecha de su ingreso (28 de mayo de 1908). — Sujeto mal nutrido, de acentuada palidez. No acusaba ninguna anormalidad en sus aparatos esplánicos, á excepción de cierta notable macicez en la región supraespinosa derecha y submacicez en la supra é infraclaviculares del mismo lado, con soplo bronquial expiratorio y broncofonía estridente en el vértice pulmonar derecho.

Radioscópicamente se vió una zona de sombra no muy densa, de tono uniforme, de contornos vagos, que ocupaba la región supraclavicular derecha y se extendía por la infraclavicular dos centímetros. El diafragma funcionaba normalmente en ambos lados.

Todos los movimientos de la extremidad torácica derecha eran dolorosos, débiles, poco extensos y lentos. El brazo no podía elevarle más allá de la horizontal; había impotencia muscular para los movimientos de extensión del antebrazo, mano y dedos, y los de flexión de éstos. Atrofia también había: los diámetros del brazo y antebrazo derechos, no siendo zurdo, eran

menores que los correspondientes del izquierdo; la amiotrofia era más marcada en el triceps braquial, en la mitad inferior del antebrazo y en las regiones tenar é hipotenar; en cambio el pectoral mayor, deltoides y biceps parecían sanos. El omoplato derecho estaba despegado y desviado, distando 9 centímetros su borde interno de la línea espinosa vertebral, al nivel de arranque de la espina escapular, mientras el izquierdo distaba sólo 7 (parálisis del serrato mayor).

Los reflejos tendinosos de todo el miembro, abolidos, mientras que la contracción idiomuscular estaba exagerada en todo él y en los músculos periescapulares. Reflejos rotuliano y de Aquiles exaltados ligeramente en ambos lados; no había clonus del pié, ni signos de Babinski, ni de Oppenheim.

Existían dolores continuos, muy intensos, en la parte anterior de los espacios intercostales derechos tercero á sexto inclusives; al nivel del borde espinal del omoplato, y, sobre todo, al nivel de su ángulo inferior, así como en las partes blandas del brazo y antebrazo derechos, experimentando en éstos una violenta sensación de quemadura. Violento dolor, á la compresión, en el punto de Erb y en el trayecto de los troncos nerviosos, del circunflejo, cubital, mediano y radial. Zona de anestesia, objetiva, para todas las modalidades de sensibilidad superficial, en la mitad interna del antebrazo derecho. En el ojo derecho síndrome de Bernard Hörner —miosis, angostamiento palpebral y enoftalmía—; pupilas y reflejos normales, si bien el ojo derecho reaccionaba más ostensiblemente.

Exploración eléctrica.—Excitabilidad normal en el punto de Erb, nervio mediano y músculos deltoides y biceps; excitabilidad farádica muy disminuída, con reacción galvánica débil y lenta, sin inversión de la fórmula polar, en los nervios radial y cubital, en el triceps, supinador largo y músculos pequeños de la mano.

Punción lumbar (3 de junio de 1908).—Líquido normal y límpido; salió con alguna hipertensión.

Diagnóstico.—Lesión irritativa de las raíces superiores y destructiva de las inferiores, del plexo braquial, debidas á la compresión ejercida por una neoplasia, probablemente maligna.

Se discutió si sería oportuna una intervención, pero los cirujanos desistieron de ella por no creerla factible ya.

El 1.° de julio murió, después de haber sufrido varias lipotimias, con sudor frío é hipotermia, los días precedentes.

Autopsia (2 de julio de 1908).—Confirmó el diagnóstico: Tumor sarcomatoso, blando, blancuzco y enorme, reblandecido en algunos puntos y con grandes focos hemorrágicos en su interior. Colocado sobre el vértice del pulmón derecho, se insinuaba entre los músculos espinales, llegando á contactar con el raquis; la cara interna de las dos primeras costillas y su articulación con la columna vertebral, se hallaban destruídas. Abierta la cavidad torácica, se observó que el pulmón y pleura derechos estaban fuertemente adheridos, en su parte más alta y posterior, formando el tumor prominencia en la cavidad pleural, en forma de hongo, de unos siete centímetros de diámetro en su base, abollonado y recubierto por la pleura parietal, excepto en su vértice, que estaba ulcerado, invadiendo el pulmón,

donde había un foco como una nuez; el resto del pulmón presentaba lesiones de edema congestivo.

Los cordones del plexo braquial, macroscópicamente bastante bien conservados, surcaban unos y hallábanse englobados otros en la masa tumoral.

Consideraciones clínicas.—(Por pasar de la hora reglamentaria se levanta la sesión, quedando en uso de la palabra el Dr. Fernández Sanz).

J. Iruerte.

PERIÓDICOS

Lupus palpebral primitivo. Radioterapia. Curación.—El Dr. Pons Marqués (de Mahón) ha presentado á la V Asamblea anual de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana el siguiente trabajo:

«Lorenzo C. y B., de ochenta y seis años, campesino, habitante en un caserío inmediato á Mahón, acudió á mi consulta el día 18 de septiembre del año próximo pasado, aquejando en su ojo derecho una enfermedad cuya fecha se remontaba á unos dieciséis años. Comenzó por un pequeño abultamiento desarrollado en el párpado superior, especie de verruga que fué cauterizada repetidas veces con nitrato de plata; pero lejos de desaparecer con este tratamiento, se convirtió algún tiempo después en una úlcera, que fué creciendo desde entonces con mucha lentitud, curando, al parecer, en unos puntos para reaparecer en otros, y acabando por alcanzar las enormes proporciones actuales.

La úlcera había sido siempre indolora, no causando al enfermo otras molestias que un ligero escozor y las inherentes primero á los trastornos visuales, y, por último, á la pérdida completa de visión en el ojo atacado. El enfermo carecía de todo antecedente sospechoso: ni sífilis ni alcoholismo.

El párpado superior del ojo derecho se hallaba casi totalmente destruído por una úlcera profunda, infundibuliforme, que se extendía hacia la cavidad orbitaria y tejidos que la circundan, estando limitada en su periferia por una serie de excrecencias blanduchas, de color rojo vinoso y exulceradas en algunos puntos. Los tejidos blandos de la región superciliar habían desaparecido por completo. La córnea, de color amarillento, era apenas visible á través de un pequeño orificio que radicaba en el fondo de la ulceración. El párpado inferior, también ulcerado en parte, se hallaba soldado en su mitad externa con el superior y ectropionado en la porción restante. La superficie de la úlcera, granulosa y de color rojo intenso, estaba cubierta por una escasa secreción purulenta, que no despedía ningún olor; al contacto de un estilete sangraba con facilidad. No existían infartos ganglionares.

El estado general era satisfactorio; la robustez del individuo superaba en mucho á la que es propia de edades tan avanzadas como la suya. Su orina no contenía albúmina ni glucosa.

No cabía pensar más que en el epitelioma ó en el lupus. Pero el epitelioma, si bien se desarrolla con preferencia después de los cuarenta años, no sigue en manera alguna la marcha que había seguido la afección de este enfermo, ni presenta los síntomas que en él podían observarse. El epitelioma, como es sabido, se ulcera rápidamente, y una vez ulcerado se propaga también con rapidez, sin que su marcha invasora se detenga jamás; repercute precozmente sobre los ganglios linfáticos; infecta el organismo, conduciéndole en un plazo más ó menos corto á la caquexia; ocasiona al enfermo intensos sufrimientos y segrega, por último, un líquido sanioso de olor característico. Por el contrario, la evolución del lupus es lenta, y aun después de ulcerado puede llegar á detenerse y á cicatrizar total ó parcialmente; no produce dolor ó es éste en alto grado llevadero; no despide el olor característico de las úlceras epiteliomatosas, y es compatible con una salud general satisfactoria cuando, por su situación, no impide ó dificulta funciones indispensables para la vida. Todas estas circunstancias concurrían en el enfermo, obligando á rechazar el diagnóstico de epitelioma y á aceptar el de lupus ulceroso vulgar desarrollado primitivamente en el párpado superior y extendido á la región periorbitaria y al párpado inferior.

En cuanto al globo del ojo, si bien era imposible asegurar la participación que había podido tomar en el proceso, no era difícil presumir su mal estado después de un tiempo tan largo de hallarse malamente protegido por tejidos gravemente infectados. He dicho ya que la pequeña porción de córnea visible, aparecía infiltrada y tenía un color amarillento.

En estas condiciones sometió el enfermo á las radiaciones Röntgen, porque no le pareció indicada una intervención quirúrgica, dada la extensión del proceso y aun la avanzada edad del individuo, y porque, además, consideró inútil por completo el empleo de recursos terapéuticos, como los cáusticos, la resorcina, el yodoformo, etc., recursos á que, *à fortiori*, debíamos acudir antes de conocer la radioterapia y el método de Finsen, es decir, cuando la curación del lupus (exceptuando los casos en que por la pequeña extensión de la región enferma era posible la extirpación quirúrgica), constituía un problema punto menos que irresoluble.

Las irradiaciones se siguieron practicando con bastante regularidad dos veces á la semana, sin variar nunca la intensidad de la corriente, la calidad del tubo, ni el tiempo de exposición. A la sexta sesión la úlcera se había modificado favorablemente, iniciándose la cicatrización de una manera clara y presentándose mucho más deprimidas las excrecencias que la bordeaban. A la séptima irradiación la mejoría era aún más considerable; pero después de practicadas 14 se produjo una nueva ulceración hacia la parte externa, ulceración que, si bien fué dominada rápidamente, entorpeció durante algunos días la marcha favorable que en los primeros momentos se había iniciado.

La curación, no obstante, se fué acentuando más y más en días sucesivos, en términos de que el 28 de febrero del corriente año había terminado la cicatrización, después de un total de 38 irradiaciones. Es de notar que en todo el tratamiento no se observó la más ligera reacción inflamatoria.

Actualmente se encuentra este individuo libre por completo de su grave

afección, pero le aplica todavía, y seguirá aplicándole, alguna que otra irradiación con un fin puramente preventivo. La cicatriz es lisa y flexible, sin que se descubran en ella vestigios de tubérculos, el párpado superior está en cierto modo regenerado y conserva un ligero movimiento; el ectropión parcial del párpado inferior se encuentra corregido, y la hendidura palpebral, bastante más pequeña que la del ojo sano, permite el examen de la córnea, que presenta una infiltración total que impide la vista por completo.

Deduce de sus observaciones las siguientes conclusiones:

1.ª El lupus palpebral es una afección excepcionalmente primitiva. La mayoría de las veces coexiste con producciones lúpicas de la cara que por extensión han invadido la región palpebral.

2.ª La radioterapia es el tratamiento de elección en el lupus vulgar de los párpados, cualquiera que sea su extensión. Con ella se obtienen resultados rápidos y seguros, á condición de no abandonar en absoluto las irradiaciones durante algún tiempo después de conseguida la curación.

3.ª La cantidad de rayos X absorbida por los tejidos en cada sesión debe ser siempre inferior á 5 unidades H, con objeto de evitar, en lo posible, toda reacción inflamatoria. En el caso de que ésta se presente, se debe suspender el tratamiento hasta que la reacción haya desaparecido.

4.ª En los casos de lupus eritematoso, los resultados de las irradiaciones Röntgen parecen ser inferiores á los que produce el método fototerápico de Finsen».— SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

Sesión del día 10 de Noviembre de 1908.

Polioencefalitis sifilítica. Oftalmoplegia total y bilateral acompañada de fenómenos bulbares. Eficacia del tratamiento específico. — El Dr. G. DIKULAFOY. El 10 de noviembre de 1907 ingresó en mi clínica un joven de veintinueve años. La fisonomía y actitud de este hombre llamaban en seguida la atención. Tenía caídos los párpados superiores que ocultaban en parte el globo ocular (parálisis del 3.er par). El enfermo procuraba remediar esta blefaroptosis contrayendo su músculo frontal. Tenía instintivamente inclinada la cabeza hacia atrás para que los rayos luminosos pudieran penetrar por debajo en la parte del ojo que quedaba descubierta.

Levantando los párpados paralizados, se veía que los glóbulos oculares estaban inmóviles, fijos en la posición del estrabismo externo é incapaces de hacer el menor movimiento. El músculo recto superior que eleva e

globo del ojo, el recto inferior que le hace descender, todos estos músculos inervados por el motor ocular común, estaban paralizados. Lo estaba también el oblicuo mayor que inerva el patético. Sólo el recto externo, que inerva el 6.° par, se hallaba casi indemne; él era el que mantenía en estrabismo externo el globo ocular, cuyos movimientos estaban suprimidos en absoluto.

Este hombre presentaba el síndrome al que Brunner, en 1850, dió el nombre de oftalmoplegia. Pero además de la variedad de oftalmoplegia, llamada exterior porque se relaciona con los músculos motores del globo ocular, nuestro enfermo presentaba también la variedad á la que Hutchinson, en 1879, dió el nombre de oftalmoplegia interior. Esta es debida á la parálisis de los dos músculos de fibras lisas que componen la musculatura interior del ojo, á saber: el esfínter del iris que preside los movimientos de la pupila y el músculo ciliar que preside la acomodación.

Quizá sea útil recordar á este propósito algunas nociones corrientes:

En estado normal la pupila se dilata en la sombra y se contrae á la luz. Su contracción es debida á la acción de las fibras musculares inervadas por el motor ocular común. Su dilatación se debe á la acción de las fibras musculares inervadas por el gran simpático. Por lo tanto, cuando el motor ocular común está paralizado la pupila sólo obedece al gran simpático, se dilata, (midriasis) y no se contrae á la luz. Cuanto á la acomodación, se sabe que el músculo ciliar, gracias á su acción sobre el cristalino y sobre el músculo acomodador, permite á la vista acomodarse á toda distancia próxima ó lejana.

En nuestro enfermo las pupilas no reaccionaban ni á la luz ni á la acomodación, porque las fibras del motor ocular común que se distribuyen por el esfínter del iris y por el músculo ciliar estaban paralizadas como estaban paralizados los filetes nerviosos que se distribuyen por los elevadores del párpado superior y por los músculos oculomotores. En resumen, la oftalmoplegia de nuestro hombre era total; musculatura interior y exterior (excepto el recto externo) toda se hallaba paralizada en ambos lados. Esta oftalmoplegia total y bilateral no sobrevino de repente, sino que evolucionó poco á poco de la siguiente manera: hace ocho meses se paralizó el elevador del párpado izquierdo; tres semanas después el del derecho, y últimamente la parálisis invadió la musculatura exterior y la menor de los dos ojos. El examen oftalmoscópico nada reveló de anormal. Aunque había estrabismo externo, nuestro enfermo nunca tuvo diplopia. En la córnea izquierda existían reliquias de una antigua queratitis; la mancha dificultaba algo la visión del ojo izquierdo, pero nada tenía que ver con la oftalmoplegia actual.

Tales son los hechos que conviene interpretar. Es preciso resolver un problema doble: ¿cuál es la causa de esta oftalmoplegia? ¿En qué región puede localizarse la lesión que la ha producido? Es lo que vamos á examinar.

¿Se trata de una oftalmoplegia *tabética?* Sabemos cuán frecuentes son las parálisis oculares asociadas á la tabes; pueden presentarse en todas las fases de la enfermedad, en el período preatáxico (Fournier) y en el confirmado. Las parálisis precoces son de ordinario aisladas, fugaces; pueden

aparecer meses y hasta años antes que los grandes síntomas tabéticos. Las tardías son más rebeldes, más intensas; son quizá de origen nuclear (Dejerine); pueden ocasionar la oftalmoplegia. Ahora bien, nuestro enfermo no era tabético. Hace ocho meses que se ha declarado la oftalmoplegia, y no se encuentra en él estigma ni síntoma alguno de tabes ni dolores fulgurantes, ni crisis viscerales, ni signo de Romberg, ni signo de Robertson, ni trastorno de la sensibilidad, ni modificación en la marcha; finalmente, hecho esencial, existen todos los reflejos. Puede afirmarse que la oftalmoplegia de nuestro enfermo no es de naturaleza tabética.

¿Es la oftalmoplegia de origen *diabético*? La oftalmoplegia reconoce muchas veces por causa la diabetes. He coleccionado 74 casos de oftalmoplegias, que se reparten así: 45 de parálisis del 6.° par; 17 del 3.°; 6 del 4.°; 5 de oftalmoplegia exterior y de oftalmoplegia progresiva con síntomas bulbares mortales. Estos casos demuestran la importancia de la diabetes en las parálisis oculares. Pero el enfermo de que se trata no es diabético; jamás ha tenido poliuria ni azúcar en la orina.

Entre las causas que producen las parálisis oculares, la *sífilis* figura en primer lugar. Tiene predilección por los nervios oculomotores, sobre todo por el motor ocular común. Además de las parálisis aisladas de los nervios del 3.°, 4.° y 6.° par, puede, por mecanismos diversos, provocar parálisis oculares asociadas, comprendidas, hasta cierto punto, en el cuadro de la oftalmoplegia.

Nuestro enfermo es sifilítico. Tuvo hace seis años un chancro sifilítico seguido de accidentes secundarios y poco antes de su oftalmoplegia padeció ulceración terciaria del velo palatino. Lógicamente puede, pues, suponerse que la oftalmoplegia de nuestro hombre es de origen sifilítico; pero ¿en qué región puede localizarse la lesión?

Se han referido casos de oftalmoplegia consecutiva á una osteoperiostitis de la hendidura esfenoidal. A través de esta hendidura pasan los tres nervios motores del globo ocular, y se comprende que su lesión por un osteofiloma de la órbita pueda ocasionar la oftalmoplegia. Pero á través de la hendidura esfenoidal pasa también un nervio sensitivo, la rama oftálmica del trigémino, que puede ser afecta por el osteosifiloma de la región esfenoidal. En este caso la oftalmoplegia se asocia con trastornos sensitivos, por ejemplo, anestesia de la córnea, de la conjuntiva y de las regiones frontal y nasal. En nuestro enfermo no ocurre así porque no presenta el menor trastorno sensitivo en la esfera de la rama oftálmica; además su oftalmoplegia es total y bilateral, no unilateral.

¿Puede atribuirse esta oftalmoplegia á una lesión sifilítica de la base del encéfalo? Las parálisis oculares consecutivas á lesiones sifilíticas de la región basilar no son raras. La sífilis tiene predilección por esta región; produce en ella lesiones diversas: paquimeningitis, focos de reblandecimiento, tumores vasculares, placas y tumores gomosos, variables en número y en dimensiones Si el sifiloma ocupa la parte anterior del espacio interpeduncular, puede provocar la hemianopsia ó la ceguera, según interese una cintilla óptica ó el quiasma. Si se desarrolla en la parte posterior de dicho espacio ó en las inmediaciones de la protuberancia ó del bulbo raquídeo, y sobre todo si los focos gomosos son múltiples, pueden afectarse

varios músculos oculomotores, de un lado ó de los dos, y resultar parálisis oculares asociadas comprendidas en el cuadro de la oftalmoplegia.

¿Ocurre esto en nuestro enfermo? ¿Hay motivos para localizar en la base del encéfalo las lesiones que han ocasionado su oftalmoplegia? Y las oftalmoplegias que reconocen por origen lesiones sifilíticas bacilares ¿pueden compararse á la de este hombre? Para responder á estas preguntas analizaremos algunos casos de lesiones sifilíticas de la base del encéfalo y veremos en qué las parálisis oculares debidas á estas lesiones son ó no comparables á las del enfermo que nos ocupa.

Una observación de Ballet se refiere á una mujer sifilítica con parálisis del 6.° par del ojo derecho y del músculo recto interno del izquierdo. Tenía además hemiplegia. La enferma murió, y al hacer la autopsia se encontraron en la protuberancia gomas múltiples que explicaban las parálisis oculares y la hemiplegia. Lancereaux refiere el caso de un sifilítico con estrabismo doble convergente y contractura de los cuatro miembros. A la autopsia se encontró un goma voluminoso de la protuberancia. En una observación de Pick, una mujer sifilítica presentó parálisis de los pares 3.° y 6.° izquierdos y hemiplegia izquierda. Al practicar la autopsia se encontraron en el pedúnculo cerebral y en el bulbo varios gomas. En una observación de Charcot y Gombault se trataba de una mujer sifilítica con parálisis múltiples de los pares 3.°, 5.°, 6.° y 7.° derechos y del 3.° izquierdo. La multiplicidad de estas lesiones merece el nombre de oftalmoplegia. Además tenía la enferma neuritis óptica doble y antes presentó el síndrome de Brown-Séquard. Al hacer la autopsia se encontraron placas de meningitis gomosas diseminadas por distintos puntos de la región basilar y que explican todos los síntomas.

En resumen, analizando algunos casos relativos á las lesiones sifilíticas de la base del cráneo (comprobadas en la autopsia), se ve que las parálisis oculares que existían en ellos rara vez afectan la agrupación que merece el nombre de oftalmoplegia. Además, y este es un punto esencial, estas parálisis oculares estaban casi siempre asociadas á algo más; los miembros se hallaban afectos de parálisis, de hemiplegia, de contractura, etc., lo que prueba que la lesión basilar, causa de las parálisis oculares, había comprometido también el hacecillo piramidal en su trayecto á través del pedúnculo, la protuberancia ó el bulbo.

Todo lo contrario ocurre en nuestro enfermo. Ante todo, padece una oftalmoplegia verdadera, á la vez exterior é interior, oftalmoplegia bilateral tal como no se encuentra ejemplo en el activo de las lesiones sifilíticas basilares. Además, cuando examinamos á este hombre por vez primera, la oftalmoplegia contaba varios meses de existencia sin el menor indicio de hemiplegia, sin contractura, sin signo de Babinski, sin indicio alguno que haga suponer una lesión del hacecillo piramidal. Estas consideraciones nos hicieron desechar la localización basilar.

Hay además otras razones que nos habían hecho rechazar esta hipótesis. Basta, en efecto, considerar cómo ha evolucionado la oftalmoplegia de nuestro enfermo. Principió por la parálisis aislada del párpado izquierdo y el derecho no se paralizó hasta tres semanas después. ¿Cómo una lesión basilar pudo elegir en el tronco del nervio motor ocular izquierdo los filetes

nerviosos destinados al párpado izquierdo, y aun suponiendo que esta selección sea realizable, cómo admitir que la lesión basilar haya elegido también, algunas semanas después, en el tronco del motor ocular derecho los filetes nerviosos destinados al párpado superior derecho? Semejante selección, repetida dos veces, es una hipótesis poco favorable á la idea de una localización basilar. Cuanto á la linfocitosis del líquido cefalorraquídeo comprobada en nuestro enfermo, no es indicio de lesión basilar; indica, como en muchos sifilíticos, una reacción meníngea cuyo mecanismo desconocemos; acusa la susceptibilidad de los centros nerviosos por la sífilis (Widal) y puede existir en todos los períodos de la infección sifilítica; hasta puede descubrirse en los sifilíticos antes que ningún otro síntoma; pero, vuelvo á repetirlo, no basta para hacer admitir la hipótesis de una lesión basilar. Por las razones que acabo de indicar y por otras que indicaré después, desecho la hipótesis de una lesión de la base del encéfalo y atribuyo la oftalmoplegia de nuestro hombre á una lesión de los núcleos grises de la protuberancia, origen verdadero de los nervios oculomotores. En una palabra, hago el diagnóstico de *polioencefalitis*.

Acabo de pronunciar la palabra polioencefalitis, y creo necesaria una explicación. Wernicke ha propuesto llamar polioencefalitis á la lesión de los núcleos grises protuberanciales. Existen dos variedades: la polioencefalitis inferior, que corresponde á la lesión de los núcleos bulbares, cuya expresión sintomática principal es la parálisis gloso-labio-laríngea, y la polioencefalitis superior, que corresponde á la lesión de los núcleos protuberanciales, cuya expresión sintomática es la oftalmoplegia.

Para facilitar la descripción que va á seguir, conviene recordar la disposición de dichos núcleos.

El núcleo del motor ocular común está situado en la parte superior de la protuberancia, en el ángulo superior del suelo del cuarto ventrículo. Está formado de varios núcleos secundarios: cinco de estos núcleos animan por separado los músculos motores del ojo y el elevador palpebral; los dos núcleos más elevados animan separadamente el esfínter del iris y el músculo ciliar. La independencia de estos núcleos secundarios permite comprender cómo una parálisis de origen nuclear puede afectar aisladamente el elevador palpebral, ó uno de los músculos oculomotores, ó el esfínter del iris y el músculo ciliar. El núcleo del patético se halla situado inmediatamente por debajo de la masa nuclear del 3.er par. El núcleo del motor ocular externo se encuentra mucho más abajo, en la unión de la protuberancia y del bulbo raquídeo. Estos núcleos pueden ser afectados aisladamente. Cuando la polioencefalitis protuberancial afecta todos los núcleos, la oftalmoplegia es total; musculatura exterior é interior. Si los núcleos de esta última musculatura son respetados, lo que ocurre con bastante frecuencia, la oftalmoplegia sólo es exterior. Si los núcleos que animan los motores oculares externos son los únicos que quedan indemnes, lo que no es raro, los ojos quedan inmóviles, en estrabismo externo, como en nuestro enfermo.

Con estos casos nos es fácil seguir la evolución de la oftalmoplegia en nuestro enfermo. Las dos masas nucleares del 3.er par que inervan los elevadores de los párpados, se han afectado los primeros, uno después de

otro, con pocas semanas de intervalo. Después, las masas nucleares que animan la musculatura interior y exterior del ojo se han afectado á su vez (pares 3.° y 4.°). Cuanto á los núcleos del 6.° par, no han sido afectados ó sólo de una manera insignificante, así que los globos oculares de nuestro enfermo han quedado inmovilizados, en estrabismo externo.

Hasta ahora no he estudiado en este hombre más que el síndrome oftalmoplégico. Es sólo uno de los aspectos del problema, y quedan otros síntomas que explicar, porque en nuestro enfermo la polioencefalitis no se halla limitada exclusivamente á los núcleos de la protuberancia, sino que ha invadido además algunos otros del bulbo raquídeo; es bulbar y protuberancial, de lo que resulta un estado morboso cuyo curso vamos á estudiar.

Antes de aparecer las parálisis oculares tuvo el enfermo poliuria y polidipsia intensas, lo que permite suponer que el núcleo bulbar que preside á la micción se había afectado antes que los núcleos protuberanciales que presiden los movimientos de los ojos. A fines de 1906, repentinamente, sin causa aparente, se presentó polidipsia. La sed era insaciable; el enfermo bebía en las veinticuatro horas 12 á 15 litros de líquido, y orinaba en proporción. Dormía mal, se despertaba para beber y para orinar. Era una polidipsia simple, sin glicosuria, fosfaturia ni azouria. Por aquella época sobrevino una disfagia de las más molestas; la deglución era tan dolorosa, que el enfermo sólo se alimentaba de sopas y de leche. Consultó entonces con el Dr. Lermoyez, quien descubrió en el pilar derecho del velo palatino un goma sifilítico ulcerado. Se prescribió el tratamiento específico, y por espacio de tres semanas se hizo cada ocho días una inyección de aceite gris. Los dolores cedieron con este tratamiento y la ulceración curó.

La polidipsia y la poliuria persistieron, presentándose además cefalea molesta, con pérdida de fuerzas, insomnio, anorexia y enflaquecimiento. El enfermo ingresó en el Hospital de San Luis, clínica del Dr. Balzer, donde se le hicieron nuevas inyecciones de aceite gris. La situación se agravó, y el enfermo, que sentía cefalalgias terribles, ingresó en mayo de 1907 en la clínica del Dr. Caussade. En aquella época se presentó el episodio ocular, del que he hablado. El enfermo fué sometido de nuevo al tratamiento mercurial, haciéndosele inyecciones de benzoato hidrargírico. A pesar de la medicación todos los síntomas persistieron, y hacia fines de junio sobrevino un episodio palatofaríngeo, prueba de la invasión de los núcleos bulbares del facial y del glosofaríngeo. El velo palatino se paralizó y quedó flojo y péndulo, sobre todo en el lado izquierdo; la voz se hizo gangosa, y á la deglución los líquidos y partículas de alimentos pasaban á la nariz, porque los faringoestafilinos, músculos de los pilares posteriores, se hallaban casi paralizados y cerraban mal el orificio posterior de las fosas nasales. Además, el bolo alimenticio avanzaba mal, quedaba detenido en parte en la faringe, á causa de la parálisis de los músculos constrictores, y producía una sensación penesísima de estrangulación.

La disfagia no tardó en acentuarse, de tal modo, que hizo necesario el empleo de la sonda esofágica para alimentar al enfermo. Este estado se complicó con tendencia al síncope, vértigos y vómitos, síntomas que hacían sospechar que el núcleo de Deiters estaba interesado. El enfermo no podía abandonar el lecho; se hallaba tan débil, que casi le era imposible levan-

tar la cabeza; la paresia de los esfínteres determinó la incontinencia de orina y de excrementos; el enflaquecimiento era excesivo. Todos los días se le hacía una inyección de calomelanos.

Sin embargo, hacia el 25 de julio se contuvo la evolución del mal, iniciándose la mejoría; los vómitos, los vértigos y la cefalea disminuyeron, la deglución mejoró, las fuerzas volvieron poco á poco, pero la oftalmoplegia y la persistencia no se modificaron. Encontrándose mejor, el enfermo abandonó el hospital, y durante seis semanas, en agosto y septiembre, se le hicieron 20 fricciones mercuriales.

Finalmente, el 10 de noviembre este hombre ingresó en el Hôtel-Dieu; tenía los párpados caídos, la oftalmoplegia no había mejorado, la sed seguía siendo insaciable, y orinaba de 6 á 7 litros por día; la parálisis palatofaríngea persistía, la voz era gangosa, el bolo alimenticio atravesaba con dificultad la faringe, y á veces líquidos y alimentos salían por la nariz. No era esto todo. Continuando el examen del enfermo, comprobé los signos de una parálisis glosolabial. Sacando la lengua fuera de la boca se desviaba bastante hacia el lado derecho, y la mitad derecha estaba muy atrofiada (lesión del núcleo del hipogloso). La comisura labial se hallaba desviada á la izquierda. El enfermo era incapaz de silbar, aunque antes lo hacía perfectamente. El reconocimiento completo me reveló una ligera atrofia del esterno-cleido-mastoideo derecho y atrofia completa del trapecio del mismo lado (lesión del núcleo del espinal). El hombro derecho había perdido su relieve y consistencia y estaba como aplastado. La exploración de los músculos reveló disminución de las contracciones á la excitación galvánica y farádica.

Tal era el estado del enfermo á su ingreso en nuestra clínica. Por las razones que he expuesto, hice el diagnóstico de polioencefalitis bulboprotuberancial, desechando el de lesiones basilares, porque éstas no son capaces de provocar el síndrome analizado (1).

No basta hacer un diagnóstico, sino que es preciso hacer también el pronóstico, porque la polioencefalitis no carece de peligros y de complicaciones. ¿Nuestro enfermo caminaba hacia la tabes? ¿Se hallaba amenazado de nuevas amiotrofias ó de atrofia muscular progresiva? ¿No era de temer que se reprodujera la terrible parálisis gloso-labio-laríngea? Vamos á ocuparnos de todas estas cuestiones.

(1) Resumo este síndrome en pocas palabras:

a) Poliuria y polidipsia intensas.

b) Blefaroptosis y oftalmoplegias bilaterales.

c) Parálisis gloso-labio-palato-faríngea con hemiatrofia derecha de la lengua.

d) Atrofia del hacecillo superior del trapecio derecho.

e) Trastornos que recuerdan el síndrome de Deiters.

Los núcleos bulboprotuberanciales más ó menos afectos son los siguientes: núcleo de la secreción urinaria, núcleo de Deiters, núcleos de los nervios oculomotores, facial, hipoglosofaríngeo y espinal.

Recordaré cuáles son las lesiones de los núcleos grises bulboprotuberanciales en la polioencefalitis. Según los exámenes histológicos de Gowers, Buzzard, Westphal, Marie, etc., los núcleos grises están disminuídos de volumen; las células neurosas que les componen han desaparecido en parte y las que persisten están atrofiadas y han perdido sus prolongaciones. Los nervios que nacen de estos núcleos se hallan atrofiados, y á veces los músculos correspondientes (lengua, trapecio), degeneran y se atrofian.

En primer lugar, ¿nuestro hombre estaba amenazado de amiotrofia progresiva? Sabido es que la polioencefalitis suele estar asociada á la poliomielitis, nombre dado por Kussmaul á la lesión de los núcleos grises de las astas anteriores de la médula espinal, lesión que se revela en clínica por la atrofia muscular con sus tipos diversos: atrofias musculares diseminadas, atrofia muscular progresiva (tipo Duchenne-Aran), atrofia escapulo-humeral (tipo Vulpian), etc. Unas veces la polioencefalitis protuberancial con sus parálisis oculares se presenta la primera, y la poliomielitis con sus atrofias musculares viene después, á modo de una lesión descendente. Otras veces es la poliomielitis la que principia, y después sigue la polioencefalitis como lesión ascendente. Cuando la afección principia por oftalmoplegia (polioencefalitis protuberancial), lo que es el caso más frecuente, llaman la atención del enfermo la caída del párpado, el estrabismo, etc., y á lo largo las parálisis oculares que origina la oftalmoplegia. Esta primera etapa dura de unos cuantos meses á varios años. Después de una suspensión á veces muy larga, la enfermedad sigue su marcha progresiva y gana el cordón gris anterior de la médula (poliomielitis). Se observan entonces atrofias musculares en la mano, en el brazo, en el hombro, en la pierna de un lado ó de los dos. Si la afección principia por amiotrofia (poliomielitis), la atrofia muscular afecta distintos tipos: unas veces empieza en las eminencias tenar é hipotenar y se extiende progresivamente como en el tipo Duchenne-Aran; otras invade los músculos de los miembros inferiores ó los de otras regiones. Al año ó año y medio la poliomielitis se complica con policencefalitis (Guinon y Parmentier).

Nada de esto ocurría en nuestro enfermo. Sin embargo, tenía amiotrofia derecha de la lengua y atrofia del hacecillo superior del trapecio derecho, atrofias de origen bulbar consecutivas á las alteraciones de los núcleos del hipogloso y del espinal, pero los núcleos de las astas anteriores de la médula habían sido infectados; en una palabra, la polioencefalitis no estaba en este caso complicada con poliomielitis. Sin embargo, no es posible saber si la médula quedaba indemne, porque se conocen casos de poliomielitis que se presentaron mucho tiempo después que la polioencefalitis.

Nuestro enfermo ¿estaba amenazado de tabes? La asociación de la tabes y de la oftalmoplegia (mielitis de los cordones posteriores de la médula y polioencefalitis) es frecuente. Unas veces los síntomas tabéticos aparecen primero y les siguen las parálisis oculares (Parinaud, Dupaquet, Buzzard), otras la afección principia por la oftalmoplegia, á la que siguen los síntomas tabéticos (Sauvineau, Bernardt). Estos dos episodios pueden estar separados uno de otro por meses y hasta por años. Nada permite admitir semejante complicación en nuestro enfermo; el examen más minucioso no revela signo ni estigma de tabes. ¿Es de temer la complicación tabética en el porvenir? Creemos que no, pero es una pregunta á la que no puede darse una respuesta categórica.

Queda, desde el punto de vista del pronóstico, otra discusión interesante. En ciertos sujetos, la oftalmoplegia (polioencefalitis protuberancial) se complica con parálisis gloso-labio-laríngea (polioencefalitis bulbar), lo cual es de una gravedad excesiva. La oftalmoplegia aparece la primera, tarda varios meses, un año y aun más en completarse, y después de una suspen-

sión que puede durar años (Guinon y Parmentier), aparece la fase bulbar con su cortejo de síntomas: parálisis del velo palatino y de la lengua, disfagias, trastornos de la palabra, complicaciones cardíacas, amenazas de asfixia y de síncope. La duración de esta fase bulbar excede generalmente de un año, y la consecuencia ordinaria es la muerte.

En nuestro enfermo es innegable que el bulbo ha sido afectado. En efecto, casi á la vez que la oftalmoplegia se presentaron síntomas bulbares: poliuria, parálisis del velo palatino, expulsión de los alimentos y de las bebidas por la nariz, parálisis de la faringe con detención del bolo alimenticio, parálisis de la lengua y de los labios, hemiatrofia lingual, atrofia del hacecillo superior del trapecio. Todo esto es imputable á una lesión bulbar. Pero, por fortuna, esta lesión no ha ocasionado la parálisis clásica gloso-labio-laríngea, los síntomas bulbares se han contenido á tiempo y el núcleo del neumogástrico ha quedado indemne. Quizá esta circunstancia favorable sea debida á la eficacia del tratamiento antiséptico; quizá sea debida á la variedad de polioencefalitis, que en este hombre ha evolucionado casi á la manera de ciertas poliomielitis que retroceden en parte después de haber sido extensas en su principio.

Discutamos la patogenia: La polioencefalitis de nuestro enfermo ¿es de naturaleza sifilítica? No puede negarse que este hombre sea sifilítico. Padeció hace seis años un chancro infectante seguido de accidentes secundarios, y después, en la época en que apareció su oftalmoplegia, tuvo en el velo palatino una ulceración sifilítica terciaria. Pero el que este hombre padeciera accidentes sifilíticos cuando se presentaron los primeros síntomas de su polioencefalitis (ptosis, parálisis oculares, poliuria), esto no basta para afirmar que la lesión bulboprotuberancial sea de naturaleza sifilítica. Podría preguntarse si se trataba de una simple coincidencia. Pero teniendo en cuenta los resultados verdaderamente notables obtenidos por el tratamiento antisifilítico, se llega á la convicción (al menos así lo creo) de que se trataba en este caso de una lesión de naturaleza sifilítica.

En efecto, recordando la marcha ordinaria y, por decirlo así, fatal de la parálisis gloso-labio laríngea común, tal como se describe en las obras clásicas, sorprende algo que en un momento dado la lesión bulboprotuberancial de nuestro hombre se haya contenido y retrocedido de un modo notable, y parece lógico atribuir este resultado satisfactorio al tratamiento. Es verdad que en los siete meses primeros de la enfermedad el tratamiento mercurial fué ineficaz, pero después se obtuvieron con él resultados notables, mejorando el estado general del enfermo, pero no tanto el síndrome bulboprotuberancial.

Cuando el enfermo ingresó en el Hôtel-Dieu, su situación era, como se ve, bastante lastimosa. Nada hacía esperar que curara la polioencefalitis. Convencido de la naturaleza sifilítica de la lesión, prescribí el tratamiento mercurial é hice practicar, con cortas interrupciones, 47 inyecciones de 1 ½ á 2 centígramos de biyoduro de mercurio. Al poco tiempo tuvimos la satisfacción de observar una verdadera transformación. A principios de diciembre la oftalmoplegia empezó á ceder, la cefalea desapareció, la deglución se hizo más fácil y la polidipsia y poliuria disminuyeron.

La mejoría siguió en aumento, y hoy puede decirse que esta polioencefa-

litis está curada ó casi curada. La poliuria y polidipsia han quedado reducidas á proporciones mínimas. Las atrofias musculares han desaparecido por completo. La mitad derecha de la lengua, que estaba arrugada y adelgazada, ha recobrado su aspecto y consistencia normales. No hay atrofia de la parte superior del trapecio. Este resultado no puede atribuirse á la electroterapia, porque no se ha empleado; es debido exclusivamente al tratamiento mercurial.

En resumen, lo que se deduce de esta observación es que la polioencefalitis de nuestro enfermo ha sido contenida cuando la situación parecía desesperada, y que ha curado bajo la influencia del tratamiento mercurial. Es la conclusión terapéutica que se saca del análisis de los hechos. Sé que semejante conclusión está algo en desacuerdo con lo que sabemos sobre la ineficacia casi constante del tratamiento específico en ciertas afecciones sifilíticas de los centros nerviosos.

En los casos de gomas ó de lesiones esclerogomosas de los centros nerviosos, los resultados de la medicación específica suelen ser maravillosos. ¡Cuántos individuos han sido atacados á consecuencia de estas lesiones de epilepsia jaksoniana, de monoplegia, de hemiplegia, de contracturas, etc., y han curado por el tratamiento específico! ¡Cuántas personas con lesiones esclerogomosas de la región basilar han padecido vómitos, parálisis de los nervios oculomotores ó de otros nervios craneanos, parálisis de los miembros con ó sin contractura y han curado con la medicación específica! Tengo en la actualidad en mi Clínica una mujer, en la que he diagnosticado lesiones gomosas de la base del encéfalo; esta mujer padece desde hace cinco años una cefalea terrible, grandes ataques de epilepsia, parálisis oculares, hemiplegia facial; la he sometido á un tratamiento intenso y prolongado por las inyecciones de biyoduro hidrargírico, y hoy se halla en vías de curación. Tales son los éxitos que suelen obtenerse cuando las lesiones, vuelvo á repetirlo, revisten la forma gomosa ó esclerosa. Pero no sucede lo mismo cuando las otras lesiones sifilíticas de los centros nerviosos afectan los tipos anatómicos de la parálisis general y de la tabes. Sabemos en efecto, cuán refractaria es al tratamiento específico mejor dirigido, la parálisis general. Sabemos también cuán ineficaz es este tratamiento en la tabes.

Es sorprendente, por lo tanto, que el tratamiento mercurial haya sido tan eficaz sobre las lesiones de polioencefalitis. Pero hay que inclinarse ante los hechos, sin preocuparse gran cosa de la morfología de la lesión. Quizá las células nerviosas son influídas directamente por las toxinas sifilíticas. Quizá, dado el modo de irrigación de la protuberancia y del bulbo, las células nerviosas sufran de rechazo los efectos de las arteriolitis sifilíticas de tendencia obliterante. Es indudable que la polioencefalitis de nuestro enfermo se presentó seis años después del chancro, cuando la sífilis se hallaba en plena evolución; apareció en cierto modo como aparecen la parálisis general y la tabes. Y puesto que se admite, con razón, el origen sifilítico casi constante de la parálisis general y de la tabes, ¿por qué no admitir el origen sifilítico de ciertas polioencefalitis? Tengo la convicción de que sin un tratamiento mercurial intenso y prolongado, la polioencefalitis de este hombre hubiera terminado por la muerte. Tengo la convicción

de que en éste, como en otros casos de sífilis que nos reservan sorpresas (1), la curación fué debida al tratamiento específico.

Quizá la patogenia de ciertas polioencefalitis debe ser revisada, porque la sífilis hereditaria ó adquirida no es fácil siempre de descubrir. Quizá la patogenia de la parálisis labio gloso-laríngea, enfermedad progresiva y mortal, sea en ciertos casos de naturaleza sifilítica y susceptible, por lo tanto, de curar con el tratamiento específico.

Nuestro caso de polioencefalitis curada por el tratamiento específico, no es único. Achard ha publicado la observación de una mujer con sífilis visceral (hígado y riñones) y oftalmoplegia externa, parcial, bilateral y simétrica. La parálisis había interesado en ambos lados el elevador del párpado superior, el recto interno, y en menor grado los rectos superior é inferior y los oblícuos mayor y menor. Achard diagnosticó polioencefalitis protuberancial sifilítica, y empleó el tratamiento mercurial en forma de inyecciones intravenosas de cianuro mercúrico á la dosis de 1 centígramo. Véanse los resultados del tratamiento. «La mejoría principió en seguida, la ptosis disminuyó y los movimientos de los globos oculares se hicieron más extensos. Este efecto rápido del tratamiento no dejó la menor duda sobre el origen sifilítico de los accidentes. Después de una interrupción de quince días se hicieron 11 nuevas inyecciones, y se administró el yoduro potásico á la dosis diaria de 2 gramos. La ptosis desapareció por completo. los globos oculares recobraron sus movimientos, y cuando la enferma abandonó el hospital sólo tenía dificultad ligera de la adducción».

F. Toledo.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 17 al 24 de Noviembre de 1908.

(Continuación).

Tratamiento del cáncer de los órganos genitales de la mujer.—El docto J. L. Faure (de París): Nada diré sobre el tratamiento de los cánceres de los órganos genitales externos, del cuerpo del útero y de los anejos, acerca de los cuales todos estamos de acuerdo.

El cáncer del tercio inferior de la vagina debe ser tratado igual que el de la vulva. El de los dos tercios superiores, como el del cuello uterino, por la colpohisterectomía vagino-abdominal.

(1) En cuestión de sífilis hay que esperar toda clase de sorpresas. Referiré el caso de una de mis enfermas del Hôtel Dieu, que ingresó con neuralgia facial dolorosísima. Esta mujer se hallaba ciega, y apenas distinguía el día de la noche. Los oculistas que á peticion mía la reconocieron, manifestaron «*que la neuritis óptica de esta pobre mujer era incurable*». Como la enferma era sifilítica, supuse que el origen de su neuralgia era específico. Empleé un tratamiento enérgico por las inyecciones de biyoduro de mercurio. Los dolores neurálgicos de la cara se calmaron y concluyeron por desaparecer, con gran alegría de la enferma. Pero su alegría fué mayor al observar que empezaba á ver. Recobró, en efecto, la vista poco á poco, y á los pocos meses era normal; esta mujer leía, podía enhebrar sus agujas y coser. Lo que prueba que, tratándose de sífilis, es preciso pensarlo dos veces antes de declarar que una lesión es irremediable.

Desde 1896 trato el cáncer del cuello del útero por la histerectomía abdominal. A pesar del número de operaciones relativamente limitado, he obtenido curaciones durables en bastantes enfermas, pudiendo citar diez, la mayoría con cánceres bastante extensos, en las que la curación persiste desde un período que varía de dos y medio á nueve años. Estos hechos me han convencido de la superioridad de la histerectomía abdominal.

Creo que la operación de Wertheim es muy superior á la histerectomía vaginal, y mucho más á la histerectomía vaginoperineal de Schuckardt y Schauta. No es más grave en los casos perfectamente limitados, y en los poco extensos permite operar más extensamente y con mayor seguridad. Las operaciones vaginales sólo son aceptables en las mujeres obesas ó extenuadas por completo.

El descubrimiento de los ganglios lejanos tiene más inconvenientes que ventajas; basta extirpar los ganglios situados en la bifurcación de las ilíacas.

Aconsejo hacer la ligadura preventiva de las hipogástricas, pero en los casos sencillos no es necesario. En los complicados presta grandes servicios.

En los casos perfectamente limitados es preferible la histerectomía abdominal propiamente dicha. Si el caso es algo complicado y el útero es poco móvil, será quizá preferible practicar la histerectomía vagino abdominal, principiando por incindir circularmente la vagina por debajo de la neoplasia, después se separa el manguito vaginal de la vejiga y del recto y se le sutura por delante del cuello uterino para cerrar bien éste. Terminada esta operación se pasa á la abdominal, que se practica como de costumbre. Así se facilita bastante estas operaciones difíciles.

Los Dres. *Imbert y Pieri* (de Marsella) describieron su procedimiento de histerectomía abdominovaginal total.

La operación puede practicarse toda ella por la vía abdominal, pero tiene el inconveniente de ser muy laboriosa en sus últimos tiempos. Es preferible, por lo tanto, proceder en dos etapas: en la primera se desprende por fragmentación la vagina atacándola por su inserción vulvar por la vía perineal; la segunda es una histerectomía abdominal ordinaria. Los verdaderos medios de contención del aparato genital, los que se oponen á que el útero con los vasos, es decir, la uterina con sus ramas, y la vagina y la arteria vaginal. Las arterias están sostenidas por una prolongación de la vaina hipogástrica. El conjunto de todo este aparato afecta la forma de abanico oriental á uno y otro lado, el mango dirigido hacia las paredes de la pelvis y el borde hacia la cara lateral del útero y de la vagina.

Resulta de aquí que el tiempo importante de la operación es la sección de estas inserciones laterales, que puede hacerse por la vía alta ó por la baja. Es más fácil por el periné y facilita bastante el último tiempo; la extracción abdominal. Además Imbert y Pieri recomiendan al principio del segundo tiempo la ligadura previa de las hipogástricas. Esta ligadura, de ordinario sencillísima, facilita las últimas maniobras.

Imbert y Pieri han practicado su operación 7 veces con 5 curaciones y 2 muertes. Sus casos no son bastante antiguos para poder apreciar las probabilidades de recidiva. Creen que su procedimiento se recomienda por la posibilidad de extirpar en vaso cerrado un tumor uterino, y por ser meno-

res las probabilidades de infección. Es más útil en los casos en que la vagina está invadida que en aquellos otros en los que el cáncer del útero ha hecho un ingerto vaginal, y por último, que en los tumores primitivos de la vagina.

El Dr. *Jacobs* (de Bruselas) expuso los resultados de las intervenciones que ha practicado por cáncer del cuerpo uterino en estos veinte últimos años. Estas intervenciones se elevan á 258, de las que 152 fueron practicadas por la vía alta y 106 por la baja. La mortalidad inmediada de las 152 histerectomías abdominales fué de 8. La de las 106 histerectomías vaginales fué de 2.

Resulta de lo que precede que, si bien la mortalidod operatoria de la histerectomía abdominal es más elevada que la de la vaginal (53 por 100 contra 2 por 100), la primera de estas operaciones da resultados terapéuticos superiores á la segunda (8 curaciones definitivas en 152 casos, contra 1 curación en 106 casos, con recidiva á los diecisiete años). Estos resultados son más notables para los cánceres del cuerpo uterino.

El Dr. Jacobs cree que las indicaciones de la operación radical son muy limitadas, pues está convencido de que cuando el cáncer invade el parametrio, la vejiga, el recto, no hay ventaja alguna en practicar con más ó menos brillantez una operación llamada radical, que ha de ser inútil para la enferma. En este caso es necesario saber atenerse á los tratamientos llamados paliativos, y abandonar toda intervención radical por la vagina ó por el abdomen.

Cuando se produce la recidiva después de la operación abdominal, la mayor parte de las veces es pelviana y recae en el intestino, los riñones ó los uréteres; en este caso no debe intentarse ninguna operación secundaria. Cuando la recidiva se produce locálmente sobre una nueva vía vaginal, conviene intervenir sin perder tiempo por la vagina y extirpar extensamente el fondo de ésta.

El Dr. *Wertheim* (de Viena) dijo que el número de cánceres del cuello uterino y de la vagina extirpados por su método se eleva en la actualidad á 442. En los 200 primeros hubo 49 muertes y en los 200 últimos sólo 19. La mortalidad operatoria ha descendido, por lo tanto, de 24'5 por 100 á 9'5 por 100.

Descartando de los 200 casos primeros las muertes operatorias, etc., quedan 147, de los que 87 quedaban indemnes de recidiva cinco años después de operados (59 por 100). Este total es, en realidad, de 87'7 por 100, sumando todos los casos.

Tratamiento del cáncer de la mama.—El Dr. *Depage* (de Bruselas) dijo que el cáncer de la mama, según Handley, se propaga por un proceso de proliferación á través de las vías linfáticas de la aponeurosis superficial. Al operársele, es preciso tener en cuenta este modo de propagación, y perseguir las vías linfáticas, no sólo por los ganglios, sino en todo el contorno del tumor, en la trama conjuntiva que cubre los músculos del tórax. Por consiguiente:

1.° El colgajo cutáneo que se corte debe ser suficiente; en los casos ordinarios no deben excederse los límites de una reunión posible, puesto que el cáncer no se propaga por los tegumentos.

2.° Para todo tumor algo desarrollado, con infartos ganglionares en el hueco axilar, es necesario extirpar en masa con el tumor los músculos pectorales mayor y menor, y hasta las franjas superiores del serrato mayor y del oblicuo externo.

3.° La aponeurosis superficial debe ser extirpada en sentido vertical, desde la clavícula hasta una línea vertical que pase á dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides, y en el transversal desde la línea media hasta la axilar.

El raspado de la axila debe ser siempre completo, y si los ganglios de esta región están infartados, es preciso perseguir los linfáticos hasta la región clavicular. El tumor debe ser extirpado en masa con todos los tejidos sospechosos. El Dr. Depage no se atiene á una incisión determinada; en las ablaciones extensas prefiere siempre la de Handley.

El cuadro siguiente, que comprende el conjunto de las estadísticas publicadas por cuatro períodos decenales sucesivos demuestra, ante todo, la disminución progresiva de la mortalidad operatoria:

Desde 1865 á 1875	la mortalidad	operatoria	fué de	17'3	por 100.	
— 1875 á 1885	—	—	—	7	—	
— 1885 á 1895	—	—	—	3	—	
— 1895 á 1905	—	—	—	2'8	—	

De 102 casos, el Dr. Depage sólo ha perdido una enferma, que murió de colapso.

Las estadísticas demuestran los grandes progresos realizados en el tratamiento quirúrgico del cáncer mamario basado en estos principios.

Un segundo hecho, según el mismo principio del anterior, prueba que el número de curaciones durables (que persisten hace más de tres años), ha aumentado de un modo progresivo:

Desde 1865 á 1875	el número de	curaciones	después de tres años	era de	9'4	por 100.
— 1875 á 1885	—	—	—	10	—	
— 1885 á 1895	—	—	—	34'8	—	
— 1895 á 1905	—	—	—	46'5	—	

La estadística del Dr. Depage comprende 62 operaciones; han sobrevivido más de tres años 30 enfermos (48 por 100).

Cuanto á las recidivas, pueden dividirse en tres grupos: en la cicatriz ó en la piel inmediata; en los ganglios; en los órganos internos. Se reparten así:

	Recidivas locales.	Recidivas ganglionares.	Recidivas á distancia.
1865 á 1875.....	76 por 100	6 por 100	7'5 por 100
1875 á 1885.....	72 —	6'2 —	10 —
1885 á 1895.....	45'5 —	8'4 —	19 —
1895 á 1905..	29 —		22 —

La disminución progresiva de las recidivas locales concuerda perfectamente con el aumento de la supervivencia de la enferma; pero á la vez aumentan las internas. Este hecho se explica fácilmente: por los métodos antiguos no se observaban estas recidivas internas, porque no tenían tiempo de desarrollarse. En la actualidad son más frecuentes, porque las recidivas locales se han hecho más raras y los procesos cancerosos pueden manifestar su presencia en los órganos internos.

El Dr. *Mauclaire* (de París) dijo que desde hace diez años ha operado más de 100 enfermas de cáncer mamario, si bien sólo tiene datos positivos de 45. El término medio de la supervivencia ha sido de tres años.

Desde el punto de vista de la técnica operatoria, practica la operación de Halsted. Lo que caracteriza su técnica es que flamea la herida con la llama y el soplete del termocauterio. Este flameado de toda la herida no impide su reunión; los primeros días hay exudación serosa abundante. Lava también la herida con la disolución de cloruro de zinc al 1 por 100. Para la limpieza de la herida flamea las tijeras que emplea y cambia varias veces de ellas; flamea también la aguja cada vez que hace una sutura. Desde que emplea esta técnica ha observado menos recidivas en la cicatriz.

El Dr. *Steinhal* (de Stuttgard) cree que, si las operaciones muy extensas que se practican actualmente no han aumentado la mortalidad operatoria, tampoco pueden asegurar los resultados ulteriores. La intervención precoz es la única que puede asegurar buenos resultados. El pronóstico, en un caso dado, depende, en efecto, de las relaciones de la neoplasia con los tejidos inmediatos y con los ganglios linfáticos regionales. Puede decirse que la participación de los ganglios supraclaviculares excluye casi con seguridad la posibilidad de la curación definitiva.

Al apreciar la proporción de los resultados lejanos, es necesario no limitarse á sumar más casos y á expresar los resultados por cifras totales; es preciso clasificarlos en grupos de carácter clínico análogo, comparar entre sí los casos de un mismo grupo, y, por último, los diversos grupos unos con otros. Es el único modo de obtener datos que permitan considerar de qué circunstancias depende el pronóstico, desde el punto de vista de los resultados lejanos. Distingue, por consiguiente:

1.° Los tumores de desarrollo lento, de pequeño volumen, incluídos en plena glándula, que dejan la piel sana, con pocos ganglios infartados en la axila, tan pequeños que sólo se descubren al operar; en 14 casos de este género ha obtenido 78'5 por 100 de curaciones durables más de tres años, y en otra serie de 7 casos, 85'7 por 100 de curaciones parecidas.

2.° Los tumores que se desarrollan de una manera franca, con adherencias incipientes de la piel y ganglios más ó menos voluminosos en la axila; en resumen, el tipo más común del tipo del cáncer mamario en el momento de la intervención: primera serie de 68 casos, 29'4 por 100 de no recidivas después de tres años; segunda serie de 29 casos, 31 por 100 de no recidivas.

3.° Los tumores adheridos á la piel y al plano profundo que han invadido la mama en su mayor parte, y que coinciden muchas veces con infarto glanglionar de la región supraclavicular: en dos series, de 7 y de 5 casos no se han obtenido resultados durables.

El Dr. *Handley* (de Londres) expuso la teoría de la diseminación linfá-

tica del cáncer, el proceso de la «perineación linfática», como la llama. Sabido es que Handley desecha el mecanismo embólico de las metastasis cancerosas y admite la progresión centrífuga de las células neoplásicas en los linfáticos de la aponeurosis fibrosa superficial; examinando trozos de la pared extirpados á distancia de la mama neoplásica, ha observado que, aunque la piel queda indemne, los linfáticos de la hoja aponeurótica están llenos de células cancerosas á veces hasta cerca del ombligo.

Respecto á las metastasis abdominales, el sitio inicial suele ser el borde anterior del hígado, cerca del ligamento falciforme. En estos casos ha demostrado que la propagación cancerosa profunda se efectúa por los linfáticos á través de la línea blanca por debajo del apéndice xifoides; es la «invasión epigástrica». Ocurre que los linfáticos situados en la parte inferior de la pared epigástrica están «repletos de cáncer», mientras que los que rodean inmediatamente la mama neoplásica se hallan convertidos en cordones fibrosos á causa de una especie de inflamación de defensa, á la que Handley llama «fibrosis perilinfática». Esta retracción fibrosa de los cordones linfáticos inmediatos da á la piel su aspecto arrugado, su aspecto de cáscara de naranja característica. La propagación endolinfática cancerosa se extiende á las redes subserosas del peritoneo y de la pleura y la generalización es entonces irremediable.

El Dr. *Korteweg* (de Leyden) recordó que ciertos tumores operados pronto y en las condiciones locales más favorables en apariencia, no por eso dejan de recidivar con menos rapidez: hay, según su expresión, cánceres «benignos» que duran años y otros «malignos» que matan en pocos meses. Por lo general, carecemos de elementos que nos permitan conocer de antemano este carácter maligno.—F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 4 de Noviembre de 1908.

Provocación específica del peristaltismo intestinal mediante inyecciones intravenosas.—El Dr. *Zülzer* refiere que, con un extracto de mucosa gástrica, obtenido cuando dicha mucosa se halla en el período de la digestión, ha practicado inyecciones intravenosas, y ha visto que estas inyecciones provocan un tipo completamente determinado de peristaltismo intestinal. En conejos vivos hace ver cómo se propagan por todo el intestino las ondas peristálticas, siguiendo una marcha uniforme, y cómo se vuelve á relajar la porción de intestino que se acaba de contraer. En cambio, con la administración de la fisostigmina, el intestino permanece contraído tetánicamente durante mucho tiempo. El mencionado extracto gástrico es un principio fisiológico, que sirve para provocar la actividad normal del intestino.

Radioterapia.—El Dr. *Nagelschmidt* diserta acerca de las diversas formas y esferas de aplicación de la fototerapia y de la radioterapia, apoyando la mayor parte de sus reflexiones en los resultados obtenidos en enfermos que presenta con este objeto. Entre las diferentes clases de baños de luz, etc.,

no hace mérito más que del modo de obrar de las lámparas fuertes de arco voltáico, que provocan un eritema muy intenso, y de este modo pueden contribuir en pocas horas á modificar la distribución de la sangre en todo el organismo. Más importancia tiene la forma de arco voltáico concentrado que ha introducido Finsen en la práctica. Un inconveniente de esta forma de tratamiento es la larga duración de las sesiones, duración que el orador procura abreviar pintando con disoluciones coloreadas la zona cutánea, asiento de la enfermedad. La prueba de que con este tratamiento se pueden obtener buenos resultados, si se tiene la paciencia necesaria, nos la suministran algunos casos en que las sesiones llegaron á ser varios centenares.

Los rayos ultravioletas (lámpara de mercurio), se caracterizan por el hecho de que, á pesar de ser muy poco penetrantes, producen una acción irritante muy enérgica. Tienen aplicación en los casos de alopecia, y obran de un modo casi específico en la pitiriasis rosada. El autor presenta un modelo, modificado, de dicha lámpara.

En el dominio de la medicina interna, cree el autor haber observado mejoría del estado general y disminución mensurable del bocio, en dos casos de mal de Basedow, merced al empleo de los rayos Röntgen. También se obtuvo mejoría con este medio en un caso de pleuritis recidivante. Por el contrario, en tres de asma bronquial no se logró resultado alguno con este tratamiento.

Vienen después varios cancroides, que se han llegado á curar mediante el empleo de los rayos Röntgen.

El tratamiento por medio del radio se efectúa de dos maneras diferentes: ó empleando una sal de radio, procedimiento que se presta muy bien para conseguir la desaparición de los nævi muy extensos, ó bajo la forma de emanaciones, que se emplean, por medio de aparatos adecuados, para curas de baños y de ingestión de aguas. Este procedimiento sirve muy especialmente para las diversas variedades de artritis.

Las corrientes de gran frecuencia no son, realmente, de acción curativa en los casos de arterioesclerosis, pero no se les pueden negar efectos paliativos. También han resultado ser útiles en un caso de atrofia del muslo con gonitis blenorrágica y periostitis sifilítica del femur.

El Dr. *Schmidt* encarece la importancia de la dosimetría en la aplicación de los rayos Röntgen, y aconseja que se empleen tubos de dureza media. Es indudable que se observan diferencias individuales y regionales en la reacción á los rayos Röntgen, pero no idiosincrasias, propiamente dichas. La pitiriasis rosada y la seborrea de la cabeza no se prestan á la rontgenoterapia.

El Dr. *Levy-Dorn* hace resaltar igualmente el valor de una dosificación lo más exacta posible, y opina que los tubos de dureza media son los más recomendables, por la circunstancia de que son los que por más tiempo conservan la misma actividad. Seguramente que hay que admitir idiosincrasias. En estos últimos tiempos ha conseguido también el autor muy buenos resultados en varios casos de procesos sifilíticos ulcerosos.

El Dr. *E. Saalfeld* juzga que la alopecia y la pitiriasis rosada no se prestan bien á la fototerapia, y desaconseja el empleo de los rayos Röntgen en

la seborrea, los comedos y el acné de la cara, porque con dicho tratamiento quedan manchas pigmentadas que persisten años.

El Dr. *Kromeyer* dice que, en los casos presentados por él hace dos años, de alopecia extensa, los rayos ultravioletas han producido realmente una mejoría, pero que en ninguno de dichos casos se ha obtenido una verdadera curación.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Toracostomía en ciertas enfermedades del corazón. — En 1897 aconsejó A. Morison destruir las adherencias del pericardio como medio de tratamiento del *cor bovinum*. Desde dicha época se ha convencido cada vez más de que las sinequias, el volumen del órgano y la fuerza del sístole son las causas determinantes del estado patológico, siendo conveniente, por lo tanto, dejar, por los medios quirúrgicos, espacio suficiente para que funcione con libertad el corazón hipertrofiado. Obsérvase con mucha frecuencia que un corazón hipertrofiado, casi siempre con lesión valvular, pero sin adherencias, sucumbe á la dificultad mecánica, aunque al parecer, á juzgar por el estado del miocardio, podía luchar durante mucho tiempo contra el obstáculo circulatorio. Si un corazón grueso choca con fuerza contra tejidos duros y resistentes, sobreviene un estado de eretismo de este órgano que origina molestias y hasta dolor. Dedúcese de aquí que una de las causas de los ataques de angina de pecho en los casos de lesión valvular aórtica con hipertrofia cardíaca, es la excitación directa del órgano por el choque sistólico contra la pared costal resistente, excitación que puede ser considerada también como una causa de la pérdida de energía del corazón hipertrofiado tan frecuente en la práctica.

En prueba de ello refiere el Dr. Morison el caso siguiente: El enfermo, de diecinueve años, padecía desde hacía algún tiempo lesión valvular aórtica. El corazón se hipertrofió en alto grado y el Dr. Morison decidió ensanchar el espacio torácico á fin de que pudiera el órgano moverse con libertad. Hizo una incisión en forma de V, cuyo vértice correspondía á la 7.ª costilla y que empezaba en la inserción costal de la 3.ª y terminaba en el sitio correspondiente á éste. El colgajo formado así y que comprendía los tejidos superficiales y los músculos hasta las costillas fué rechazado hacia arriba y envuelto en compresas asépticas calientes y húmedas. Los espacios intercostales 4.º y 5.º se limpiaron hasta la pleura, y la 5.ª costilla, cubierta con su periostio y pericondrio, fué separada de la pleura subyacente, resecándose en tres trozos en la extensión de 112 milímetros desde el esternón hacia fuera. La 6.ª costilla se limpió de igual manera, extirpándose de ella, en una pieza, 137 milímetros. Fué preciso ligar la mamaria interna. Al resecar la última porción de la 5.ª costilla fué herida ligeramente la pleura. La herida pleurítica se cosió con catgut. El colgajo musculo-cutáneo fué aplicado con exactitud en su sitio, sujeto por medio

de suturas alternas con catgut y con cerdas de caballo, dejando aplicado un tubo de desagüe en el ángulo inferior de la herida. El efecto de la operación, tanto objectivo como subjetivo, fué excelente. El pulso se hizo más normal, y la presión sanguínea disminuyó. El dolor anginoide que sentía el enfermo disminuyó de un modo extraordinario.

(*The Lancet*).—F. Toledo.

Alteraciones de la sangre en el mal de Basedow y en el tiroidismo.—Según el Dr. L. Caro, en los casos bien caracterizados de mal de Basedow, la cifra de los leucocitos polinucleares se reduce considerablemente (hasta 50 por 100), y en cambio aumenta mucho (hasta 50 por 100) la de glóbulos blancos unicleares, tanto de los linfocitos en su sentido estricto, como de grandes leucocitos mononucleares. Sin embargo, dentro del grupo de los mononucleares predominan los verdaderos linfocitos, ó sean los mononucleares pequeños.

Igual aumento de leucocitos mononucleares, aunque no tan acentuado, se observa en el mal de Basedow borroso (fruste) y en el tiroidismo. En casos de la primera categoría, como uno que refiere el autor, que se diagnosticó al principio de taquicardia nerviosa, el resultado del análisis de la sangre es el que induce á buscar los demás síntomas del mal de Basedow.

La proporción en que toman parte los leucocitos mononucleares grandes y los pequeños en el aumento de ambas clases de glóbulos blancos, varía mucho, según los casos. En los de simple tiroidismo, ó de mal de Basedow borroso, aumenta más al principio la cifra de leucocites mononucleares grandes que la de linfocitos genuínos. En cambio, el aumento de estos últimos parece ser más propio del mal de Basedow bien caracterizado. Cuanto menos signos clínicos de tiroidismo presenta un enfermo, tanto más se aproxima á la normal su fórmula leucocitaria.

En un caso de mal de Basedow, al parecer, ya curado, la sangre tenía caracteres casi normales. Sin embargo, un ligero aumento en la proporción de leucocitos mononucleares grandes, revela, lo mismo que en los casos de bocio sin tiroidismo ostensible, que la composición de la sangre está alterada por substancias tóxicas, aunque poco activas.

En un caso mejoró el estado de la sangre después de la resección del cuerpo tiroides; en otro no se apreció al principio ninguna mejoría, pero sí una pequeña reducción en la cifra de los grandes leucocitos mononucleares. Con todo, hace constar el autor que ambos casos están sometidos á observación desde hace poco tiempo.

En los casos tratados con la ingestión de tabletas de substancia tiroidea, siempre se observa un aumento en la cifra total de los glóbulos blancos mononucleares, á expensas de los leucocitos polinucleares. Al principio parece observarse, como en los casos de tiroidismo, que aumenta proporcionalmente más la cifra de los leucocitos mononucleares grandes.

(*Berl. klin. Wochenschr.*, 3 septiembre 1908).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

VALOR SUGESTIVO DE LOS MEDICAMENTOS EN TERAPÉUTICA

EN PARTICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA TOMADA COMO CASO TIPO

POR

DON ANTONIO GOTA

Doctor en Medicina (Zaragoza).

Cuando analizamos el modo cómo obran ó han podido obrar los medicamentos en un gran número de enfermedades, bien pronto nos sorprende el importante papel que en ello juega la *sugestión* del médico ó la *autosugestión* del paciente, como factores auxiliares de su acción. En tales casos reviste la *sugestión* dos muy distintos aspectos: en una primera forma de *sugestión*, es el médico quien influencia al enfermo, quien lo persuade por la palabra hábilmente enunciada; cuenta aquél con el transcendente efecto de su autoridad, sabe convencerle de que lo va á curar, que dado su temperamento y sus particulares aptitudes, vencerá sin dificultad el mal, que los medicamentos que le ha prescripto para él, tendrán una eficaz acción.

Esta primera forma de *sugestión* que experimenta el enfermo de parte de su médico, se la llama *sugestión exógena*, para distinguirla de la otra forma, que es la *endógena* ó *autosugestión*, de la cual vamos á ocuparnos.

Sabido es que el paciente en esta última forma, realmente se convence de que posee el remedio ingerido, para él ciertas propiedades curativas. Requiere esta *autosugestión* para contituirse, un cierto tiempo de apreciación mental consciente del sujeto ó de incubación psíquica subconsciente, propicias á su vivísimo deseo de curarse. Hasta el momento preciso en que se establece la *autosugestión*, ha

sido indispensable en el paciente una efectiva elaboración de su pensamiento.

La *autosugestión* generalmente tiene lugar bajo la acción de una *sugestión exógena* previa, emanada del médico ó de cuanto rodea al enfermo. Rara vez puede evolucionar por los propios recursos mentales de éste. Es, pues, la *sugestión exógena*, la base, el fundamento, el *primum movens* de la *sugestión endógena*. La potencia de dicha *autosugestión* está en razón directa del grado de *sugestión exógena* consciente ó inconscientemente experimentada por el paciente y *potencialmente* desenvuelta por el Profesor.

En ninguna afección ha alcanzado mayor éxito el tratamiento sugestivo como en la *incontinencia*.

Nos ofrece esta dolencia una prueba indudable entre todas las demás, de lo que pueden las dos *sugestiones*, la *exógena* y la *endógena*. La experiencia nos demuestra que un mismo remedio prescrito á dos *incontinentes* afectados de la misma forma de mal, la forma espasmódica, por ejemplo, y á un grado idéntico, determina un resultado, un éxito completo en el uno y un fracaso en el otro; pero ¿por qué no difiriendo las moléculas de albúmina constitutivas de los tejidos en su esencial formación de uno á otro individuo, son completamente opuestas en su fundamental manera de reobrar? Se comprende que un medicamento excito-motor, como la estricnina, siempre dé lugar en dosis suficientes y en cualquier sujeto á fenómenos convulsivos, estando dotados los tejidos de la misma disposición molecular, siendo idéntica la estructura histológica é igual el concierto de las células en los distintos individuos sometidos á la acción del medicamento citado. Esto que decimos de la estricnina, puede aplicarse á otros medios farmacológicos.

Lógico parece que si dos *incontinentes* de la misma forma clínica, dos individuos de igual vigor físico y constitución análoga, dos enfermos de idéntico funcionamiento vegetativo ú orgánico, siguen con el mismo remedio una evolución distinta, es porque existe en cada uno de sus organismos un elemento, un principio diferenciador por así decirlo. Principio que conviene buscar en ciertas de sus cualidades desemejantes, en su manera de ser distinta, en algún modo de percibir y elaborar sus impresiones sensitivo-corticales, conviene, en fin, hallarlo en su mayor ó menor grado de *sugestibilidad*.

Este principio psiquico-fisiológico de *sugestibilidad* nace en la peculiar disposición de reactividad y de impresionabilidad de determinados sujetos. La capacidad de ser sugerido ó sugestionado, presen-

ta diferencias personales perfectamente notorias en esos dos *incontinentes* acabados de tomar como ejemplo, y bastarán por sí para explicar la diferencia de los efectos en ellos apreciados del medicamento que se les hubo prescripto, aun á pesar de las analogías de que les suponíamos dotados, bajo la tripe relación fisiopatológica de su complexión, de su grado de vigor y de la forma clínica del proceso. De todas estas consideraciones sacamos la siguiente consecuencia: La diferencia de acción de los medicamentos activos empleados en los *incontinentes*, tanto para vencer el espasmo vesical como para reforzar la atonía del esfinter, proviene de la misma naturaleza y gravedad de la lesión, siendo sensiblemente idéntica esa acción en sujetos *endo* y *exogenéticamente sugestibles* en grados diversos.

Existe una demostración empírica en favor de la influencia de las *sugestiones endógena y exógena* en unos casos, y de la acción inhibidora producida por la ausencia de la insuficiencia de *sugestibilidad* en otros. Demostración que puede formularse así: Se ha empleado un considerable número de remedios en la *incontinencia urinaria*, alguno de los cuales ha resultado muy eficaz en una serie de casos é ineficaz en series de otros, y esto sin causa aparente. Lo mismo hubiera sido si este factor psíquico de *sugestibilidad individual* no hubiera ejercido su influjo en algunos pacientes sometidos á la sola acción del medicamento. Consignamos aquí aquellos casos en que existe un elemento central psíquico junto al elemento periférico vésico-esfinteriano bien manifiesto.

* * *

Citemos algunos remedios farmacológicos empleados en la incontinencia de orina: La quina, la genciana, el alcanfor, la mezcla de limaduras de hierro con cantáridas, la de acetato de hierro con la nuez vómica, la trementina y el cornezuelo de centeno. Se ha recurrido á la belladona, ya empleada por Trousseau y Bretonneau, á los valerianatos, al estramonio y al beleño, á la ratania, al tanino, al alumbre y al sulfato de zinc localmente. Se ha apelado al áloes, á la sabina, á la creosota, á la copaiba, al agua de cal, al arsénico, á los alcalinos, al ácido benzóico y al alcohol.

Los procedimientos empíricos empleados desde los más remotos tiempos en dicha enfermedad son innumerables.

Desault, con respecto al uso empírico de determinados medios, decía: La edad cura, por lo general, á los niños afectados de *inconti-*

nencia de orina. Las amenazas, los castigos y reprensiones impuestas á los que se orinan en el lecho, bien sea por pereza ó por indolencia, son remedios muy eficaces.

Recomendaba en 1894 el Dr. Powers obturar, en el momento de acostar al niño, con colodion el orificio del prepucio. Si no ocurría nada de particular, se encontraba por la mañana ligeramente distendido el prepucio por una escasa cantidad de orina. Si se despertaba de noche el niño con vivos deseos de orinar, podía quitarse él mismo con los dedos la capa de colodion.

Devergie practicaba inyecciones uretrales de tintura de cantáridas, que también administraba al interior.

Entre los remedios terapéuticos aconsejados en nuestra época, están los baños fríos generales, los aromáticos, los de mar, las duchas de todo género, particularmente las hipogástricas y lumbares, los lavados fríos ú opiáceos, las fricciones de toda índole, los revulsivos, las irrigaciones de Civiale y los baños belladonados de Philipps.

Chamberes preconiza las cauterizaciones del meato urinario.

Ensalza el profesor Lair la frecuente introducción de la sonda en la vejiga.

Grandez aconseja la antipirina y presenta una estadística de 29 tratamientos con 14 curaciones y 12 alivios notables.

El profesor Van-Tienhoven obliga á dormir á los enfermos de *incontinencia* con la pelvis á mayor altura que el tronco y los piés de la cama elevados, de manera que formen un ángulo de 45° con la horizontal. Asegura haber obtenido 14 curaciones con tal procedimiento.

Dejo á un lado otros diversos tratamientos, porque su descripción nos llevaría demasiado lejos.

La terapéutica, reciente en la *incontinencia urinaria*, en su mayoría respecta á la introducción de la energía eléctrica.

Emplea en 1879 el profesor Guyon la faradización intrauretral en la incontinencia y le da en muchos casos maravillosos éxitos, bien sea por atonía vesical como por insuficiencia de desarrollo.

El Catedrático de Manschester, Albert Weil, imagina en 1904 el método de las altas corrientes galvánicas en este proceso, ligado á la irritabilidad de la vejiga, al espasmo de la uretra y á la parexia vesical histérica, y alcanza óptimos resultados. Su aplicación está más bien indicada en aquellos casos en que el tratamiento belladonado ha fracasado.

Todos estos remedios es cierto que contribuyen á la curación de

una infinidad de pacientes, pero en una porción de casos no se consiguen aquellos admirables éxitos.

Respecto de los resultados alcanzados por diferentes tratamientos, decía en 1899 el insigne Berillon en su comunicación á la Sociedad de Medicina y Cirugía prácticas de París, «que tales curaciones le hacían suponer, *a priori*, que el elemento psíquico jugaba un papel interesante». Concepto que hasta entonces no le hubo ocurrido á ninguno de los precitados Profesores, y que, en honor á la verdad, es justiciable, en todos los ejemplos referidos, un tratamiento puramente psíquico.

Presenta el precitado hipnólogo á la Escuela de Psicología en 1906 una estadística, en la que reseña el tratamiento con felices resultados de 77 casos de *incontinencia de orina* por la sugestión, é indica un 69 por 100 de curaciones por tal procedimiento. Estos resultados se consiguieron — agrega M. Berillon — por haber seguido los consejos de mi compañero M. Liebault, que aplicaba siempre el *método sugestivo* en los niños *incontinentes*.

En otra sesión se expresa así: En vista de los éxitos alcanzados — 15 noviembre de 1906 — por la aplicación del tratamiento psíquico en esta dolencia infantil, la mayoría de los medicamentos, remedios y diversas maniobras, resultan inútiles, y únicamente se deben esos resultados curativos al influjo de la *sugestión exógena* ó á la *autosugestión*.

El profesor Weil cree que la franklinización conviene en aquellas *incontinencias psicopáticas*, pero no en las de los muy niños, por su difícil aplicación. En los pacientes próximos á la convalecencia, suele obrar eficazmente, lo que nos demuestra que estos positivos resultados obedecen á la sugestión, por cuanto los medios puestos en práctica influyeron poderosamente sobre la imaginación más desenvuelta ó menos enfermiza de los niños referidos.

* * *

De todos los procedimientos curativos acabados de reseñar, podemos asegurar sin temor de equivocarnos que no hay más que uno que se muestre eficaz en la casi totalidad de casos; nos referimos al *tratamiento sugestivo*.

Hasta ahora no se había utilizado la *sugestión propiamente dicha*, la *hipnosis*, en el tratamiento de la *incontinencia de orina* en la infancia. Hoy se tiende á ella más de cada vez, así como á la *sómnica*. La sugestión practicada durante el sueño natural, ha producido

excelentes resultados, y parece indicado su uso, particularmente en ciertos jóvenes que se prestan á este *medio psíquico*.

Cualquiera sugestión, sea ésta hipnótica, sómnica ó vigil, presenta el singular carácter de aumentar la atención consciente del enfermo ó la actividad de los procesos mentales subconscientes sobre una operación fisiológica determinada de su organismo, y en su consecuencia, impone á aquél en cierto modo y según un sentido requerido por el operador, todas las acciones vasomotoras, tróficas ó de otra índole que fatalmente se cumplen en el vasto dominio de la pura vida orgánica.

Así es como tiene la *sugestión* alerta, despierta, la conciencia del individuo en las formas psíquicas de la *incontinencia de orina* por educación defectuosa del enfermo —forma magistralmente descripta por M. Berillon (1)— y lo capacita para despertar su función urinaria estando dormido.

La *medicación psíquica* es, pues, la preferente en la mayoría de las formas de *incontinencia*. Pero ¿convendría en tal enfermedad olvidar cualquiera otro medio curativo, bien sea farmacológico ó de naturaleza física? No, porque nos impediría esto completar el tratamiento en los casos complejos con alguno de los mejores auxiliares. La referida *medicación psíquica*, aunque fuera entre todas la más eficaz, no obstante, creemos que tres de los tratamientos que vamos á indicar, deben subsistir. Son éstos: el *tratamiento eléctrico*. Suele emplearse éste con algún resultado en las formas de *incontinencia* por atonía ó por insuficiencia neuromuscular, como en aquellas que dependen de la inestabilidad vesical tan frecuente en los neurópatas, ó del espasmo de la uretra. La *medicación belladonada* ha sido administrada por diferentes clínicos concomitantemente con el tratamiento eléctrico, dando resultados positivos, no imputables á la sola sugestión. Obra la belladona en este caso, contra los espasmos del esfínter vesical y la excesiva irritabilidad de la vejiga. El *empleo de la estricnina*. No debe ser prescripto este medicamento tetánico, pernicioso tónico por las secuelas de astenia, de atonía neurohistérica que deja en pos de sí en las formas atónicas, pero no habiendo otro remedio y cuando la sugestión, la belladona ó la electricidad no bastan para hacer desaparecer la *incontinencia*, conviene usar esta medicación, aunque casi siempre sea ineficaz.

La electricidad, la belladona y la misma estricnina, encuentran

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, mai 1907. París.

en la mayor parte de casos un valioso auxiliar en la sugestión *exógena* y en la *autosugestión*, más aún en la sugestión hipnótica ó propiamente dicha y en la sómnica, por tanto sería útil combinarlas.

* * *

Aquellos dos últimos factores que constituyen las *sugestiones exógena* y *endógena*, parecen muy importantes bajo el punto de vista de su especial mecanismo. Fijémonos en el caso de dos individuos afectados de la misma forma de *incontinencia*, la misma forma espasmódica. Observaremos que aquel de los dos pacientes que sea más *sugestible*, tendrá confianza mayor en su curación por poco que sus centros intelectuales y volitivos conserven el necesario equilibrio, y esta ilimitada confianza en él producirá efectos orgánicos en el más alto grado, mucho más si se halla afectado de una bien caracterizada neuropatía. Posee entonces una especial impresionabilidad del sistema nervioso muy notoria, impresionabilidad inherente al temperamento mórbido que le acompaña.

Si la impresionabilidad de un sujeto en el estado vigil, en la hipnosis ó en el sueño natural es considerable, más fácilmente se cumplen las acciones vasomotoras y tróficas en aquellas zonas ó regiones respecto de las cuales está autosugestionado el sujeto. Se ha dormido á personas histéricas y sensitivas de una tan extraordinaria impresionabilidad, que se les ha podido hacer aparecer en su cuerpo llagas, flictenas, congestiones limitadas, grietas, manchas, equimosis, botones carnosos, erupciones, hemorragias y edema azul. Investigar hasta qué punto es factible operar semejantes sugestiones es imposible por hoy, dado el estado actual de los conocimientos médicos; lo que únicamente se sabe es que la idea de llaga, de flictena ó de otra lesión superficial provocada á voluntad, resulta suficientemente conmovedora, potentemente impresionante para su sistema nervioso, mientras que en otros individuos no se producen los mismos resultados por carecer éstos de la plasticidad nerviosa requerida. Podemos asegurar que la firme confianza del enfermo en la eficacia del remedio—confianza desenvuelta bajo la predominante acción del médico ó de sí mismo, y acrecentada más de cada vez—ejerce directa ó indirectamente violentos efectos sobre los centros vasomotores y tróficos que gobiernan las funciones de la nutrición de estas mismas regiones, y son objeto de esta *fé* sujetos en su mayoría flaqueados por el neurosismo. Dicha confianza del enfermo, fortificada por su médico, concluye por combatir los efectos depri-

mentes que una continuada retención ó acúmulo de pensamientos —cada noción ó concepto que tenemos de las cosas, deja su traza ó huella en el cerebro—respecto de su dolencia, provocarían en él. Por esto el médico debe tratar siempre de esperanzar á su enfermo y sus palabras tendrán todas las probabilidades en la obtención de un pleno efecto.

Un enfermo está más ó menos preocupado de su dolencia, se halla triste, deprimido. Las ideas melancólicas, al decir de los fisiólogos y clínicos, poseen una influencia perturbadora muy marcada sobre las funciones vitales. Dichas ideas suelen ir seguidas de espasmos vasculares, de alteración de las secreciones, de perturbaciones del sistema nervioso, de trastornos de las funciones digestivas, de aceleración del ritmo cardíaco, de aborto y menorragias, de erupciones cutáneas, de obnubilación de la inteligencia, de cambio súbito de la coloración del cabello, etc. Desde que el paciente sometido á un tratamiento espera en la eficacia del remedio, desde que su voluntad, ó mejor dicho, todas las *ideas-fuerzas* de su potente facultad de querer logran su superioridad, llegan á enseñorearse de toda su vida mental y pasan á segundo término las *ideas*, *emociones* y *sentimientos deprimentes* que le preocupaban ú obsesionaban, entonces tiene lugar el efecto saludable al enfermo de la *sugestión endógena*.

Ese sentimiento de *fé* que tiene el paciente en el remedio prescripto por su médico, envuelve un elemento *agradablemente excitador* para su espíritu y se encuentra como arrastrado por el solo concepto que le hace considerar su curación como factible, como muy probable, concepto que á su vez hace resurgir *ideas*, *impresiones* y *emociones agradables* en su cerebro, relativamente á la favorable terminación de su dolencia. Esa fase de absoluta confianza del paciente en el remedio terapéutico, da lugar á efectos fisiológicos análogos á las acciones somáticas que caracterizan los estados de conciencia, en que predomina el júbilo con todo el cortejo de conceptos y emociones alegres. La observación y la experiencia clínica nos demuestran que las impresiones psíquicas agradables, como las buenas noticias, el bienestar, las satisfacciones de todo género, provocan una aceleración de las funciones vitales nerviosas, cardíacas, tróficas, etc. Del mismo modo que en un sujeto que tenga completa confianza en los buenos resultados de su medicamento, se apreciarán idénticos efectos excitadores del funcionamiento orgánico, pero dichos efectos se producirán de una manera lenta, menos continua y apenas perceptible.

El estado de confianza no sólo se opone á la influencia depresiva que motiva en un enfermo la preocupación de su mal y de sus consecuencias. El enfermo verdaderamente activo, fortalece sobre todo la acción local del medicamento en las mismas regiones ó zonas en que ha de obrar, formando de este modo, en unión de él, como una potente *sinergia*, con frecuencia muy eficaz.

Las consideraciones expuestas bastan para explicar los efectos á veces maravillosos obtenidos por la *autosugestión*, merced á la *fé que salva*, como decía el insigne Charcot, de ese requisito, de esa condición del sujeto, indispensable para recuperar la salud perdida.

Dichas consideraciones nos prueban el papel que desempeña la *sugestión involuntaria*, bajo todas sus formas, en la producción de infinidad de efectos obtenidos en terapéutica clínica, particularmente en la *incontinencia de orina*.

* * *

Recientemente ha señalado el Dr. Louis Alaux en el *Journal des Medecins Practiciens*, núm. 3, de 1907, la influencia ejercida por las vegetaciones adenoideas sobre la *incontinencia ó micción involuntaria*. Hay casos entre los adenoideos incontinentes—dice—en que la relación de causa á efecto, ó sea entre dichas vegetaciones y la incontinencia nocturna, no puede ser puesta en duda.

Trae el autor en apoyo de su tesis dos observaciones minuciosamente detalladas, completas, bajo todos los puntos de vista. En la primera, se trata del niño Albert Cautier, de once años, que presenta por la noche accesos de tos violenta, sobrevenidos por crisis y con los caracteres de la coqueluche. Estas crisis van acompañadas de cianosis. Se aprecian en el referido joven antecedentes hereditarios. Su padre es alcohólico y dos hermanos más. Ofrece la característica *facies* de un adenoideo, como: nariz aplastada, pronunciado prognatismo, considerable hipertrofia de la amígdala, y el tacto permite apreciar por detrás del velo del paladar masas blandas redondeadas. El tórax es delgado, pero sin deformación.

Nos refiere la madre—agrega el precitado doctor—que á los cuatro años, el niño se afecta de *incontinencia urinaria*. Una vez acostado, duerme éste profundamente y se orina á las dos ó tres horas de quedarse dormido. Su sueño es tranquilo y la madre tiene ya la costumbre de cambiarle las sábanas todas las noches sobre las once. Descansa el niño con sueño tan profundo, que esta operación la practica su madre la mayor parte del tiempo, sin que despierte.

Ha notado también, que después que le acometen crisis de tos y disnea violentas, las micciones nocturnas involuntarias son raras, particularmente en la segunda mitad de la noche.

No viene á consultarnos la madre—refiere el profesor Alaux—sobre esta última dolencia, que no llama su atención. Han padecido en la familia del marido varios niños esta enfermedad, muchas veces hasta la avanzada edad de veinticinco años, curando al fin radicalmente. Tiene un segundo niño de nueve, que padece de *incontinencia*, como su hermano. La *enuresis* es de familia y cura de un modo espontáneo.

Consultado únicamente—continúa dicho Profesor—por los accesos de tos y la disnea, declaro que son provocados estos últimos por la presencia de vegetaciones adenoideas y aconsejamos su ablación ó la amigdalotomía.

Se interviene quirúrgicamente y no tarda en experimentar el niño un notable alivio. Las quintas de tos persisten todavía durante un largo período, sucediéndose con menos violencia, y desapareciendo al fin. Tórnase más alegre, diciéndonos la madre que al segundo día de la intervención, las micciones involuntarias habían desaparecido. ¿Este resultado se buscaba? De ninguna manera. Nuestra atención jamás había sido llamada con este objeto. Pasado ya el año, la curación era completa.

Un especialista danés — agrega el Dr. Alaux — ha encontrado en 86 adenoideos, 86 *incontinentes*. Groombek, entre 427 afectados de tumores adenoides, halla 61 *incontinentes*. En 29 casos en que se procedió á la extirpación de todas las vegetaciones, la *incontinencia* desapareció en 26 y en 12 hubo notable mejoría.

Si concluímos admitiendo sin inconveniente alguno aquella relación susodicha de causa á efecto en el adenoideo y el *incontinente* ó entre las vegetaciones faríngeas y la *micción involuntaria y nocturna*, ¿por qué mecanismo se produciría esta *incontinencia*?

Para unos sería ésta de un orden psíquico é indudablemente consecutiva al retardo intelectual y á la debilidad de las facultades mentales del adenoideo.

Major, que en 1885 fué uno de los primeros en notar la coexistencia de la respiración bucal con la *incontinencia urinaria esencial*, atribuía esta última á la sobrecarga de ácido carbónico en la sangre y á la asfixia lenta consecutiva.

Según Mendel, ocurre la *incontinencia* en una infinidad de casos por anoxemia crónica con motivo de la dificultad respiratoria. Y es

un hecho, que esta *incontinencia de orina esencial* se observe igualmente en numerosos casos de *estenosis nasal*, cualquiera que pueda ser su origen.

¿Qué conclusiones sacamos de los hechos reseñados por Alaux y una porción de Profesores? Pudiera ser que nos encontráramos en presencia de una viciación cuantitativo-cualitativa de la sangre en general ó de una viciación sanguínea de uno de sus elementos. Poco importa en el caso presente el origen — interno ó externo — de su constitución mórbida. Una sangre ya débil, es más fácilmente viciable, y una sangre viciada, excitando un sistema nervioso anormalmente excitable por sus taràs hereditarias ó adquiridas, impediría la recepción ó la percepción de ciertas incitaciones nerviosas ó su acción ó acumulación intensas en determinadas zonas de la médula, del bulbo ó del cerebro, según los casos. De ahí la *incontinencia.*

Si tenemos en cuenta todo cuanto precede, podemos resumir aquí, que: La sugestión bajo todos sus modos, juega actualmente el principal papel en el tratamiento de las principales formas de *incontinencia de orina*. En realidad, no nos hemos fijado aún de una manera absoluta sobre el mecanismo patogénico de las diversas modalidades clínicas de esta afección; y salvo algunas excepciones, no se ha podido aplicar á los diferentes casos de *incontinencia* un tratamiento fármaco ó psicoterápico apropiado. Los fracasos observados en sujetos tratados por dichos medios terapéuticos, son numerosos; en cambio, hay una serie de casos de *incontinencia* en que merced á las dos variedades de *sugestión*, á la *endógena* y á la *exógena*, los éxitos alcanzados fueron de considerable ó crecido número.

Esto que decimos de la *incontinencia*, puede aplicarse igualmente á casos tan diversos como abundan en la *Terapéutica clínica*. Basta *querer vivamente* prestar la atención requerida y darse cuenta de la influencia curativa con frecuencia exclusiva que en muchos estados anormales ejerce la *sugestión.*

Las investigaciones recientes de la fisiología y de la psicología experimental, vienen á ponernos de relieve ese *valor sugestivo* inherente á la palabra hábilmente aplicada para la obtención de un acto orgánico determinado. Desde el momento en que esta acción existe, desde el instante en que las palabras toman, por así decirlo, la intensidad de vida relativamente á la cantidad de autoridad, de *potencial moral*, de fuérza persuasiva, que el Profesor posee, es evidente que utilice éste dicha influencia para el bien de sus enfermos.

REVISTA DE PEDIATRÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

SUMARIO: I. Cura arsenical y de altura en los niños escrofulosos y nerviosos.—II. Anorexia nerviosa.—III. Valor diagnóstico de los ganglios cubitales hipertrofiados en los niños lactantes.—IV. Los galactagogos.—V. Utilidad de la punción lumbar en las formas meníngeas de la fiebre tifoidea en el niño.—VI. Oftalmorreacción en los niños y en particular en los niños de pecho.—VII. Intoxicación por el salicilato de sosa en los niños.—VIII. Tratamiento de la incontinencia de orina por las inyecciones retrorrectales de suero artificial.

I. La opinión del Dr. E. F. Christin, médico consultor en La Bourboule, merece ser conocida, tratándose de un asunto en el cual es justo concederle gran competencia. Piensa que la escrófula es un término expresivo de cierta manera de ser órganica de algunos sujetos, en virtud de la cual son favorables al desarrollo en ellos de muchos microbios patógenos y especialmente el de la tuberculosis.

No se puede, ni física ni químicamente, determinar las causas de esta afección, y solamente la clínica nos enseña que esta decadencia orgánica, esta inferioridad constitucional, hace á los seres que la padecen terreno abonado para formar diversas enfermedades.

El tipo escrofuloso registra casi siempre, entre sus ascendentes, la vejez, alcoholismo, anemia, tuberculosis, sífilis, etc., pero puede engendrarse naciendo de padres sanos.

El tratamiento gira en dos extremos: el aire marino y clima de un lado, y de otro, la cura arsenical y de altitud.

El tratamiento marino tiene efectos sorprendentes, demostrado por las estadísticas de los sanatorios existentes al efecto al borde del mar y bien conocidos y difundidos por Europa.

Pero no todos los tipos de escrófula responden al tratamiento marino, antes al contrario, algunos niños pierden en fortaleza y nutrición con la estancia al nivel del mar; los débiles y nerviosos que se criaron bajo la influencia de aquel clima, pierden el apetito, padecen insomnio y, á veces, se manifiestan variados tics, alteraciones visuales y oculares, piel irritable, etc. A éstos el tratamiento arsenical y de altura les regulariza sus funciones y modifica el es-

tado diatésico de un modo ostensible, aumenta de peso y talla, vuelve el sueño, disminuye su excitación nerviosa y modifica las lesiones mucosas.

La clínica infantil nos demuestra con frecuencia lo cierto de estas observaciones.

II. La perversión psíquica del apetito, anorexia nerviosa, es de origen muy variado, difícil á veces de corrección, y llega hasta determinar un marasmo alarmante. Es preciso inspirarse en las observaciones que se hacen sobre esta cuestión, frecuente en clínica, para que sirva de norma en nuestra misión profesional, á veces mal parada en las cosas al parecer más triviales.

El Dr. Comby fija su atención en un artículo, en cuanto se refiere á la anorexia, estudiada con preferencia en los niños y cerca de la época de la pubertad, que es cuando más se presenta á nuestra observación.

Los síntomas culminantes son: la disminución y hasta la supresión de las reglas, con lo que coincide una anorexia completa, que á veces se presenta sin estigmas histéricos; son dóciles de carácter; comer es para ellos un sacrificio; los de más edad no se nutren más que de frutas y dulces, pues sienten asco de los demás alimentos. Es alarmante en ocasiones el adelgazamiento y la anemia á que llegan por su anorexia.

Ballet primero, y Jolliet después, en 1893, habían visto la verdadera causa de esta enfermedad y propusieron llamarla anorexia mental, pues los hechos no demuestran de un modo claro que la histeria es su causa.

Los dos síntomas culminantes son: el adelgazamiento y la pérdida del apetito. Ataca exclusivamente al sexo femenino, y en la época de la pubertad, por excepción, antes ó después. Aparece después de dispepsia ó enteritis, de una emoción deprimente, etc., y el deseo de algunas jóvenes de no engrosar lleva á la anorexia y poco á poco va desapareciendo el hambre.

Sin embargo de esto, no sienten repugnancia al alimento que toman, ni náuseas, ni dolor de epigastrio, sin que les alarme el enflaquecimiento ni padezcan hipocondría.

En ocasiones, á este estado de desnutrición acompaña sequedad de la piel, á veces caída del cabello y hasta edema de las extremidades. La amenorrea suele preceder á la anorexia; también se padece insomnio, agitación, torpeza intelectual y cambio de carácter. Se observa ausencia de síntomas de neurastenia é histerismo, por

más qne alguna vez, se asocia éste á la anorexia, y entonces hay vómitos, hiperestesia gástrica, etc. No perciben estos enfermos las necesidades íntimas y el estado de nuestros órganos internos: la fatiga, el hambre y la sed, es decir, padecen *dyscenestesia*.

La debilidad general y el temperamento nervioso hereditario son terreno abonado para su desarrollo.

Por mi parte, conozco un caso bien definido dentro de estos términos clínicos, recaído en una niña de dieciséis años, menstruada á los quince, é hija de madre histérica, desde hace treinta años, con crisis convulsivas periódicas.

El pronóstico es grave, su duración larga y predispone al desarrollo del bacilo de Koch.

Debe tratarse enérgica y rápidamente este estado: 1.°, con el aislamiento y cambio de medio, separando al enfermo de la familia. Aconsejada y persuadida por el médico é influenciada por personas extrañas, se logrará poco á poco que se alimente y evite el marasmo, ayudado por el reposo en cama, que es un agente de lo más eficaz en estos casos.

Como alimentos conviene: leche, purés, potajes ligeros, huevos, pescados y carnes asadas.

Como auxiliar, fricciones secas con guante de crin, fricciones alcohólicas, duchas calientes. La cura de aire y la psicoterapia tienen útil aplicación en estos casos.

El Dr. Comby habla de la anorexia nerviosa en los niños lactantes, tal como la advirtió Forchheimer, y de la de los niños de menos de dos años durante los calores del estío descripta hace años por el Dr. Ostheimer, de Filadelfia. El primero define la enfermedad: Una anorexia en niños ó niñas neuropáticos con pérdida de peso, pudiendo terminar por la muerte sin lesión orgánica. Se puede considerar, dice, como una neurosis ó una psicosis. Puede ser completa ó incompleta, pero en todos los casos hay ausencia de lesión orgánica apreciable. Hay formas ligeras al lado de formas graves. La alimentación por sonda y por el intestino se hace á veces necesaria.

III. El valor clínico diagnóstico de ciertas lesiones observadas en los niños es de tal importancia, que el éxito de un tratamiento depende de la estimación del valor que la experiencia nos dice debe darse á lo que parece de escasa importancia.

Sobre este asunto de la hipertrofia de los ganglios cubitales en los niños, llamó hace tiempo la atención el Dr. Hochsinger, que la ob-

servó en los niños sifilíticos, y acerca de ello discurrió el Dr. A. Reiche en un trabajo publicado el presente año.

Estos ganglios están situados encima del epicóndilo en número de dos generalmente, pero suele haber uno y hasta tres en los niños sifilíticos, y se presenta tal vez después de una osteocondritis de la extremidad inferior del cúbito. Para determinar la frecuencia y el valor clínico de estos ganglios, Mr. Rieche ha observado 100 niños que se encuentran en el Asilo Frederic de Berlín, y 135 que en el curso de un año han sido cuidados ó muertos en dicho Asilo, y deduce que de estos 235 niños, 9 eran sifilíticos hereditarios, y de estos 9 observó en 6 los ganglios cubitales, y en los otros tres sifilíticos había ganglios torácicos laterales.

Diez de estos niños eran sospechosos de sífilis, de los cuales dos fueron confirmados con posterioridad y no tuvieron ganglios cubitales, pero en los otros 8 los ganglios cubitales existían.

De los 212 que restan y que no eran sifilíticos, se contaban 28 lactados al pecho y bien desarrollados, y entre ellos había 3 con ganglios cubitales, y de los otros 184, 40 los tenían.

Por esto deduce el Dr. Reiche que los ganglios se encuentran en los lactantes sifilíticos, y que ellos dependen: de una adenopatía generalizada, de onixitis ó de una osteopatía del húmero. No pueden ser utilizados para el diagnóstico de la sífilis más que cuando existan al mismo tiempo de otros signos de la infección.

IV. El problema de la lactancia tiene entre sus términos uno de transcendencia suma, que es el relativo á la cantidad de leche de la nodriza, que á veces siendo buena es preciso sostener por medios que hagan á la glándula mamaria segregar en dosis convenientes á las necesidades del lactante.

Entre los varios trabajos que se han publicado sobre este asunto aparece el del Dr. Bouchacourt, en el cual consigna algunas ideas que deben ser recomendadas.

Las causas del funcionamiento incompleto de la glándula mamaria son múltiples; entre ellas el abuso del corsé, el hábito en las familias de no criar á sus hijos, y por lo tanto, la atrofia de las mamas, mala alimentación, nuevo embarazo, etc.

Hay galactagogos *externos*. La succión por diferentes medios, pero con precaución para que no provoque grietas ni linfangitis; el masaje de la mama aconsejado por Merening; la electricidad, la hidroterapia fría y local, fomentos, etc., que obran congestionando la mama.

Entre los medios galactóforos *internos*, se recomienda la alimentación por la remolacha y á los animales por la remolacha fermentada, pero se citan casos de artritis en niños alimentados por leche de vacas que comían este producto. Lo mismo sucede con las hojas de remolacha, aparte del mal olor que da á la leche.

La nodriza debe comer más que la mujer que no cría. Debe usar con preferencia feculentos, legumbres azucaradas, judías, habas, etcétera. Es preciso usar las carnes con moderación. La leche es buen gelactóforo.

He aquí una fórmula de ración que es aceptable para la nodriza: Leche, 2.400 gramos; carne asada, 553; pan, 428; legumbres, 285; sopa fideos, 149; arroz, 90; café, 20, y vino, 357.

Entre los medicamentos de orden vegetal gelactóferos se encuentra el anís común en infusión al 20 ó al 30 por 1.000. El *tasi*, 30 gramos por 200 de agua hervida, para tomar una cucharada cada cuatro horas.

El más usado, desde hace años, es el extracto de grano del algodonero llamado *Lactagol*, que aumenta la cantidad de leche y mejora su calidad. Otras substancias vegetales, como la digital, cafeína, polígala, jaborandi, etc., así como los minerales, clorato potásico y la sal marina, son buenos galactóforos.

La cerveza poco alcoholizada y el cocimiento de cebada, se recomiendan también con buen resultado. Entre las substancias animales, se recomienda la somatose.

Por último, se ha ensayado la opoterapia mamaria y la placentaria.

V. Los Dres. Rocaz y Carres dan opinión acerca del valor de la punción lumbar en los casos de la forma meníngea de la fiebre tifoidea en los niños y dicen que los accidentes meníngeos ligeros y fugaces no son sino epifenómenos de segundo orden en el curso de la infección ebertheriana, pero si son acentuados y persistentes ocupan el primer lugar en el cuadro clínico de la enfermedad.

En el curso de una dotinentería cerca del segundo septenario, y á veces en curso del tercero, aparecen alteraciones meníngeas con un tipo clásico de cefalea intensa, vómitos y estreñimiento, que reemplazan á la diarrea preexistente; después sobreviene la hiperestesia cutánea, la irregularidad del pulso y de la respiración, las alteraciones vasomotoras diversas, etc.

Las alteraciones oculares, desigualdad pupilar, etc., son más raras y á veces se curan, pero casi siempre terminan estos casos

por la muerte. Otro tipo de enfermedad es aquel en el cual, al lado de estos síntomas hay el signo Kerning; después rigidez de la nuca y de la columna vertebral; artritis que se extiende á los miembros, etcétera. Este es uno de los tipos de enfermo más frecuente en la tifoidea.

En otros enfermos se ofrece al principio de la enfermedad un cuadro parecido al de la meningitis tuberculosa y el diagnóstico entonces es difícil.

Hay, finalmente, otro tipo caracterizado porque en el curso de una tifoidea ligera frustrada, aparecen convulsiones subintrantes, preludio de un estado mortal.

En estos casos la punción lumbar presta elementos de juicio de los más estimables: 1.° Se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo, pus en el cual hay bacilos Eberth puros ó asociados. 2.° Un líquido transparente que por la centrifugación se observan microorganismos y en otros casos elementos celulares (linfocitosis, etc.). 3.° Un líquido de composición normal que sale rápidamente, signo de gran hipertensión. En unos casos la intoxicación meningea es directa y en otros las trombosis microbianas irritan las meninges y determinan la hipersecreción subaracnoidea, cuyo líquido da la fórmula citológica.

Estos hechos, así interpretados, conducen fácilmente á formar juicio del valor terapéutico y diagnóstico de la punción lumbar en las formas meningeas de la fiebre tifoidea. La punción lumbar repetida, es por hoy el tratamiento de elección en las meningitis bacterianas. Está indicada en los casos donde, en el curso de una fiebre tifoidea, el líquido cefalorraquídeo contiene microbios, pues cada punción quita parte de estos gérmenes, y como se reproducen muy difícilmente en este líquido, por ser mal medio de cultivo, se concluye por agotar con frecuencia.

En las meningitis tóxicas, al sustraer este líquido, se alivia su envenenamiento, y si hay hipertensión se disminuyen las compresiones cerebrales. Teóricamente, pues, la punción lumbar debe dar buen resultado en estos casos, y en la clínica se ha demostrado en alguna ocasión el éxito de esta teoría.

Al tratar de este asunto debemos también recordar, respecto de la bacteriología de la meningitis, la opinión del Dr. Spooner Churchill, basada en observación de 26 casos de edades comprendidas entre cuatro meses y medio y diez años, en los cuales de 16 muertes encontró en 12 el meningococo en cultura pura; una vez el pneu-

mococo asociado al colibacilo; una vez el pneumococo por punción lumbar, comprobando la autopsia una meningitis tuberculosa; una vez el bacilo de Koch en el líquido cefalorraquídeo; una vez el bacilo Loeffler en la meningitis tuberculosa; una vez la meningitis sifilítica; 4 veces los *cocci* no determinados, y 5 veces ausencia de microbios en el líquido cefalorraquídeo.

Deduce el autor que gran variedad de microbios pueden determinar la meningitis, pero dos principalmente suelen ser las causas: el meningococo en primer término, y el pneumococo después, y que las infecciones asociadas son frecuentes. El meningococo entra por la nariz ó por la garganta, y determina una septicemia meningocócica, y se le encuentra en la nariz ó garganta de las personas que viven en contacto con los atacados de meningitis. Opina que estas personas deben estar aisladas.

Los síntomas clínicos no permiten diferenciar las especies de meningitis, y solamente por la punción lumbar se puede establecer esta diferencia. Desde el punto de vista del pronóstico, el pneumocócico es el más grave. Los más raros, las meningitis producidas por otros microbios.

La gravedad de las meningitis en el curso de la pneumonía ha sido observada también por el Dr. Araoz y Alfaro, de Buenos Aires, en la observación de algunos casos clínicos, en los cuales la punción lumbar dió resultado. El cuadro de la meningitis fué completo á los cuatro ó cinco días de la pulmonía, y en el análisis se encontró pneumococos. La punción lumbar hizo ceder las convulsiones, y la curación se obtuvo en ellos con más ó menos rapidez.

VI. De un trabajo publicado por el Dr. Cassoute, de Marsella, acerca de la *oftalmorreacción en los niños* para el diagnóstico previo de la tuberculosis, entresacamos las siguientes conclusiones, dignas de aprecio:

1.ª Que la oftalmorreacción no es un procedimiento de una precisión absoluta, pues por más que un gran número de tuberculosos reaccionan á la tuberculosis, otros permanecen insensibles hasta la segunda ó tercera instilación, y otros, francamente tuberculosos, no reaccionan jamás á pesar de repetir los experimentos.

Además, la producción de una reacción positiva en casos dudosos puede siempre dejar al médico perplejo. Un tífico, por ejemplo, puede tener un ganglio tuberculoso no aparente y reaccionar á la tuberculina. La cuestión interesante consiste en saber si sólo los tuberculosos confirmados reaccionan á la tuberculina. Es de gran

interés observar con atención á ciertos sujetos que, desde el punto de vista clínico, no parecen tuberculosos y dan, sin embargo, reacciones positivas. Se necesita, pues, para que la oftalmorreacción sea un procedimiento de primer orden, demostrar que los sujetos sometidos á ella eran tuberculosos, pues sería de gran importancia poder afirmar, en un caso dudoso, que una oftalmorreacción positiva es indicio cierto de una tuberculosis imposible de diagnosticar por los medios ordinarios. La oftalmorreacción puede, en casos excepcionales, dar lugar á inflamaciones muy vivas, que hasta originen la pérdida de la visión.

La carencia, casi completa, de reacciones positivas en niños débiles sobre los cuales se ha experimentado, confirma lo que enseña la clínica y la anatomía patológica.

La oftalmorreacción demuestra que las lesiones tuberculosas son raras en las primeras semanas de la vida, y que son pocas las tuberculosis latentes. Los casos de reacciones negativas de los tuberculosos, son la excepción.

La debilidad congénita no se acompaña frecuentemente de tuberculosis latente.

A este propósito debemos consignar las opiniones de otros observadores.

Las conclusiones que deduce M. H. Dreforer de sus estudios, son: 1.ª, la ausencia de la reacción en una primera prueba no implica la ausencia de tuberculosis; y 2.ª, que no está demostrado que una reacción positiva obtenida de una segunda ó tercera prueba en un espacio de quince días á un mes, debe informar el resultado negativo de la primera prueba.

El método en manos del Dr. Camby ha dado resultados satisfactorios, hecho con arreglo á las prácticas de aplicación y de condiciones sanas del globo ocular, y asegura que, al menos en el niño, es casi infalible. Los casos avanzados, los caquécticos, los granúlicos, en el debut de la enfermedad y en los casos latentes, siempre ha obtenido reacción favorable, demostrada por las autopsias. Asegura el Dr. Comby que es un excelente procedimiento para revelar la tuberculosis y de selección de niños en las familias y en las colectividades.

Los Dres. Mery, Armaud-Debille y Giry hacen algunas reservas del procedimiento, á pesar de los resultados obtenidos en 210 casos, algunos de los cuales fueron autopsiados, pero reconocen su importancia.

El Dr. Audeond dice: La oftalmorreacción de la tuberculina es un medio de diagnosticar la tuberculosis de una manera sencilla y sin peligro para el enfermo. No es infalible, pero es útil en los casos dudosos, sobre todo como auxiliar de un examen clínico concienzudo, al cual jamás ella ha de reemplazar, y resulta de gran utilidad para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Los trabajos de Machaud hechos sobre atacados de tuberculosis articular y ósea, resultan favorables al método de M. Calmette, y parecidos á los de Comby resultan los de Fourmentin, según consigna en su Tesis publicada en 1908.

VII. Es preciso conocer los inconvenientes de las altas dosis de salicilato de sosa en los niños (dosis que recomiendan algunos autores), para ser prudentes en su administración y evitar lamentables fracasos.

Sobre este asunto llama la atención M. Martinet y advierte que el uso exagerado del salicilato de sosa puede determinar alteraciones oculares, delirio, accidentes cardíacos, etc. Conceptúa peligrosa la práctica de los médicos ingleses de administrar este medicamento á dosis de 5 á 15 gramos. Ha observado Langmead casos en los cuales se desarrolló el síndrome, ya llamado por Quincke «disnea salicílica».

Los que toman altas dosis de salicilato de sosa acusan en la orina la presencia de la acetona á dosis elevadas, y se nota que si se cede el uso del salicilato y se da el bicarbonato de sosa á dosis masivas, el coma y la disnea se corrigen; alguno ha llegado á tomar 36 gramos diarios de bicarbonato sódico. En este caso la orina tiene un olor muy característico á la acetona. La investigación de esta substancia no se puede hacer por el percloruro de hierro, porque resulta enmascarado por la reacción violenta que da esta substancia en el salicilato de sosa. Es preferible usar el procedimiento de Gomming, que consiste en agregar á algunos centímetros cúbicos de orina 2 ó 3 gotas de tintura de yodo y algunas gotas de amoníaco y calentar la mezcla. Si la orina contiene acetona, se producirá yodoformo, que se reconoce por el olor, por el color y forma de sus cristales.

Las investigaciones de Langmead permiten afirmar que los accidentes dichos, más bien que de la impureza del salicilato de sosa, dependen de las dosis excesivas en que se administró.

Dedúcese, pues, que el salicilato de sosa provoca alguna vez en los niños la aparición de adormecimiento, disnea, coma, acetonemia.

La dosis tóxica es variable y depende, sobre todo, del grado de estreñimiento del niño.

La presencia de acetona en el aire expirado y en la orina, debe ser considerado como síntoma de alarma.

El tratamiento consiste en disminuir la acidez de la orina por medio de altas dosis de bicarbonato sódico y obtener abundantes evacuaciones intestinales.

VIII. Es la incontinencia nocturna de orina en los niños una de las enfermedades más difíciles de tratar con éxito hasta la fecha, pues las medicaciones basadas en las múltiples interpretaciones patogénicas del proceso han fracasado con frecuencia.

Por eso acogemos con agrado todo procedimiento que se base en ideas aceptables de etiología y patogenia de esta enfermedad y actualmente las inyecciones epidulares de Cathelin y las retrorrectales de suero artificial propuestas por Jaboulay.

Este último método puede ser empleado sin inconvenientes. Las inyecciones ejercen una acción inhibitoria sobre los centros espinales é igual resultado pueden dar las aplicaciones de puntos de fuego como revulsivo.

Piensa Jaboulay que la enuresis es debida á una alteración funcional del simpático hipogástrico, y que las inyecciones de suero salino fisiológico hasta 200 cent. cúb., dan resultado. Punciona con la aguja de una jeringa (Roux, modelo pequeño, por ejemplo) en el espacio retrorrectal por delante del coxis, introduciendo el dedo en el recto para protegerle de toda lesión.

De Arrese da cuenta de varios casos tratados por él, y en los cuales empleó en varias punciones más de 100 gramos de suero, y deduce que los resultados sintomáticos de este método pueden ser comparados á los que se obtienen con otros medios, y la mejoría adquirida puede llegar á la curación.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 23 de Noviembre de 1908.

Un caso de compresión del plexo braquial por neoplasia, con autopsia. Consideraciones clínicas.—El Dr. Fernández Sanz: En la sesión anterior se expuso la historia clínica del caso, no pudiendo entrar en consideración alguna á causa de lo avanzado de la hora. El cuadro clínico que el enfermo presentaba era el de una afección principalmente irritativa, y sólo en parte destructiva del plexo braquial. Los fenómenos irratativos interesaban especialmente á la parte alta del plexo, y los destructivos á la inferior del mismo. En efecto, los dolores é hiperestesia asentaban en los territorios, cuya inervación procede de las raíces cervicales V, VI y VII. En cambio, la parálisis propiamente dicha afectaba al triceps—inervado por la VI—, extensores de la mano—VII—, extensores y flexores de los dedos—VII y VIII y I dorsal—, y la anestesia estaba limitada á la parte inferior del territorio del braquial cutáneo interno—procedente de la I dorsal; la reacción eléctrica de degeneración, aunque incompleta, existía sólo en el cubital—raíces VIII cervical y I dorsal—y en el radial—constituído por todas las raíces—; la atrofia era mayor al nivel del triceps y músculos pequeños de la mano, y por último, el síndrome oculosimpático de Bernard-Hörner revelaba lesión destructiva de la I dorsal.

El hecho de existir este síndrome basta para afirmar que el proceso era radicular (la I dorsal, antes de incorporarse al plexo, envía una anastomosis al simpático cervical); pero es casi seguro que hubiera también lesiones funiculares del plexo ó de los troncos que de él emergen (parálisis del serrato mayor demostrado por el despegamiento de la escápula é imposibilidad de ser ésta fijada para que el deltoides, indemne, siguiera elevando el brazo más allá de la horizontalidad, no obstante estar inervado por las raíces V y VI, sanas al parecer).

Los síntomas oculosimpáticos que caracterizan el tipo inferior de parálisis del plexo braquial se han observado, sin embargo, en algunos casos de lesiones de sus raíces superiores (Oppenheim y Lawi-Dorn), habiéndose tratado de explicar estas excepciones por una alteración, distensión ó destrucción á distancia de la I dorsal, por la propagación de las lesiones neuríticas á la médula y destrucción en ésta de las fibras oculosimpáticas, ó por una lesión simultánea del simpático cervical (en este último caso habría trastornos vasomotores).

Madame Dejerine, en un reciente trabajo, insiste en la gran importancia del síndrome oculosimpático en las lesiones del plexo, no sólo diagnóstica, sinó pronóstica, pues indica lesión destructiva de la I dorsal ó, en caso traumático, arrancamiento de ésta al nivel de su implantación medu-

lar, haciendo ineficaz toda intervención quirúrgica; no obstante, dió buen resultado ésta en un caso de Thornbum, con síndrome oculosimpático.

En cuanto á la naturaleza del proceso, pudo haberse pensado en una neuritis toxo-infecciosa, teniendo en cuenta las infecciones tropicales sufridas por el enfermo, sus hábitos alcohólicos y lo dolorosas que son las del plexo braquial. Se discutió asimismo si sería una lesión traumática de éste, pues los síntomas se presentaron al poco tiempo de verse obligado el paciente á realizar á diario grandes esfuerzos con el brazo derecho, á los que no estaba acostumbrado (Parolo ha descrito una neuritis profesional del plexo braquial en los obreros de tejares). Pero los signos de auscultación, percusión y radioscópicos, juntamente con el estado caquéxico que el enfermo presentaba, obligaron á pensar en compresión por tumor maligno.

La autopsia confirmó el diagnóstico clínico, tanto en lo referente á la topografía de las lesiones como á su naturaleza. El punto de origen no pudo ser precisado; á pesar de la precocidad de los síntomas respiratorios, no es probable su origen pulmonar ó pleural, dada la discreción de las lesiones halladas en estos órganos; tampoco es verosímil que naciera en el mediastino posterior (como en el caso de Pleilfer), pues estaba muy alejado de éste. Es probable que se originara en el periostio de la cara interna de la primera ó segunda costilla, en su parte posterior, ó en uno de los ganglios linfáticos cervicales; en este último supuesto sería un caso parecido al de Reymond y Guillain (parálisis del plexo braquial por tumefacción ganglionar axilar en un linfadénico).

Para terminar: la participación del frénico en otros casos análogos (Moritz, Frischauer, etc.), no ocurrida en el actual, se explica por la importancia de la rama anastomótica de la V cervical que, en unión de otra procedente de la IV, forma el nervio dicho.

El Dr. *Arredondo* refirió un caso de parálisis inferior del plexo braquial, por compresión tumoral asimismo, en el que había compresión de la arteria y vena axilares, estando el miembro cianósico falto de pulso en sus arterias é hipotérmico. Extrañó que, en el caso presente, á pesar de lo enorme de la lesión, no hubiera habido fenómenos vasculares.

El Dr. *Goyanes* dice que hubiera querido saber cómo estaban en este enfermo las sensibilidades epicrítica y protopática, extrañándose que el doctor Fernández Sanz no las explorara. Citó, entre otros, un caso muy curioso, en el que, á consecuencia de la fractura del húmero al nivel de su cuello anatómico, se produjo una obturación de la arteria axilar y fenómenos neuríticos, siendo lo más notable que sólo existía una zona de abolición de la sensibilidad epicrítica exclusivamente en el antebrazo. Restableció el hueso en su sitio, suturó una pequeña herida de la arteria y desaparecieron instantáneamente todas las molestias.

El Dr. Fernández Sanz: Si no había fenómenos vasculares, era porque la lesión era muy posterior. Si no exploró implícitamente las sensibilidades epicrítica y protopática, fué por creerlas poco clásicas y no más demostrativas que las de sensación al calor, frío, pinchazos, etc. (protopáticas) y las de contacto y peso (epicríticas).

Se ha dicho que la abolición de la epicrítica es síntoma de lesión de raíces, como la de la protopática lo es de troncos nerviosos. En nuestro caso

coincidían ambas, luego la lesión radicaba en el plexo, cosa que no hacía falta demostrar más.

Valor pronóstico de la xitofobia en psiquiatría.—El Dr. Sánchez Herrero: La xitofobia (de *xitos* = *alimento* y *fobein* = *temer*), es uno de los síntomas más temibles y difíciles de vencer. Los autores, en general, sostienen é insisten que, en estos casos, la sonda esofágica es necesaria y suficiente para garantir la alimentación del enfermo y su restablecimiento á la corta ó á la larga. Esto podrá ser verdad, casi siempre, cuando los pacientes no son enfermos mentales y en ellos la persuasión es factible; pero en aquellos cuya mente está perturbada, no es tan sencilla la aplicación de la sonda, ni tan fácil el conseguir la nutrición del paciente, y mucho menos la cesación del síntoma.

Estos enfermos no sólo no tienen ganas de comer, sino que tienen verdadero horror á todo lo que sea alimento, ó al menos se niegan á tomarlo; los unos, porque sus ideas delirantes ó alucinatorias les hacen creer que los alimentos están intoxicados (melancólicos, paranóicos, etc.), ó que no deben comer, sopena de tal ó cual castigo enorme en esta ó en la otra vida (locura religiosa); los otros, por espíritu de contradicción, por hacerse las víctimas, los interesantes, como dice el vulgo (histéricos, melancólicos simples, etc.). En éstos todavía es posible, á veces, obligarles á comer, dejando á mano y como al descuido los alimentos; pero á los primeros no se les puede convencer, ni vencer, si no es apelando á la violencia, que otra cosa no es el cateterismo gástrico. Es violento en sujetos normales, pero lo es muchísimo más en los anormales; se necesita un numeroso personal para llevar á cabo la operación: un ayudante que sujete la cabeza firmemente, otro que haga lo propio con el tronco y brazos, otro que evite los puntapiés, y un cuarto que alcance el líquido nutritivo al operador.

El cateterismo gástrico, en los enajenados, debe hacerse siempre por la nariz: es más fácil, y se evita movimientos de protesta en las fauces y que el enfermo corte la sonda con los dientes, si no se tiene á mano abrebocas. Supongamos que la sonda ha pasado perfectamente hasta el estómago, y que el líquido nutritivo (leche sola ó con huevos y caldo, más los medicamentos) es transvasado al estómago á través de aquélla: llega un momento en que el líquido no baja, sino que sube, á pesar de toda la altura que se dé á la columna líquida; hay que retirar la sonda á escape entonces, si no se quiere ver perdido lo que ha ingresado. Supongamos que no hay vómitos y que el enfermo aguanta y digiere los dos ó dos y medio cuartillos —cantidad mínima que debe administrarse á un xitofóbico, que sólo se le sonda dos veces en veinticuatro horas—de líquido nutrítico transvasado, y con gran asombro vuestro veréis que el enfermo no sólo no se nutre, sino que desmejora á la vista: es que no basta llenar de alimentos, más ó menos substanciosos, el estómago de cualquiera persona, para asegurar la digestión y asimilación de aquéllos; es preciso que ésta ponga de su parte toda su voluntad, todo su placer, para que tenga lugar la elaboración y secreción de los jugos digestivos.

Porque en los organismos superiores la inervación es el todo. De la misma manera que en psicología, esto es, en la vida normal de un sujeto, que podemos hacer gastrónomo consumado para la mejor concepción del ejem-

plo, ocurre frecuentemente que al recibir una mala noticia en el momento en que se recrea ante el *menú*, quítasele la gana de comer por mucha que llevara, así en psiquiatría, en que los centros nerviosos están perturbados, los enfermos restan inervación á todas sus funciones, hasta á las puramente vegetativas, y el estado emocional en que viven se traduce por vía psicosomática en una disestesia general, de la cual la xitofobia es principal síntoma, síntoma temible, una vez presentado, que hace muy sombrío el pronóstico, por lo cual debe ser tenido muy en cuenta cuando hablemos á la familia del enfermo, porque el público, ignorante de la ciencia médica, no para mientes en el diagnóstico, pero sí en el pronóstico, que puede elevar ó hacer caer la reputación de un médico. La xitofobia rebelde es, pues, un síntoma pronóstico que debe ser tenido en muy desfavorable concepto.

El Dr. *Gayarre* sostiene que la aplicación de la sonda en los enajenados es sencillísima y, por consiguiente, nada tiene de violento el acto de alimentar á favor de ella á los enfermos. Añadió que ya que habló de dificultades técnicas, debió haber mencionado el exponente, el modo y manera de hacer fácilmente el cateterismo gástrico, el cual no es tan difícil de hacer por vía bucal, disponiendo de un buen abrebocas, al paso que es muy fácil que el enfermo se trague la sonda introducida por vía nasal, como le pasó en un caso, ó que se deslice por la laringe, como le sucedió en otro, ó bien se arrolle en la boca cerrada del paciente díscolo.

En cuanto á los vómitos de estos enfermos, no son producidos voluntariamente, sino como consecuencia de su gastricismo.

Y respecto á la imposibilidad de nutrir á los enfermos largo tiempo con sonda, añadió que él tiene casos de años.

El Dr. *González Campo* dijo que, en la práctica de su especialidad, ha tenido ocasión de sondar á algún gastrópata demente, sin que este estado de su psiquis se haya hecho notar en el momento operatorio, el cual ha sido siempre fácil.

Cree que, si ha tenido el Dr. Sánchez Herrero enfermos que protestaban de la ingestión de líquido por la sonda, á pesar de la presión del mismo, según decía, estas protestas quizá fueran debidas precisamente al exceso de presión: ¡si los vómitos incoercibles ceden á la sonda!; además está probado que la caída en el estómago de un líquido á gran presión provoca las contracciones de aquél, de modo que la ducha gástrica es hoy día el tratamiento preferido en la atonía gástrica.

Le parece excesiva la cantidad de dos y medio cuartillos para ser administrada de una vez; quizá esto influya desfavorablemente también en la intolerancia y mala digestión gástrica.

El Dr. *Fernández Sanz* cree exageradísimas las conclusiones del doctor Sánchez Herrero; conoce xitofóbicos antiguos: uno catatónico con negativismo, que su familia venía alimentándole con sonda hacía cuatro años y se hallaba en perfecto estado de nutrición.

No le parece que la xitofobia sea producto de ideas delirantes siempre en los enajenados; precisamente los melancólicos no tienen temor á nada ni á nadie, pues gozan sufriendo, pensando que todo contratiempo es justo castigo de sus pecados, luego mal pueden temer hallar los alimentos in-

toxicados. Lo que sucede es que todos estos enfermos se resienten de su aparato digestivo en seguida, por defecto de secreción ó por múltiples causas, siendo los vómitos repetidos consecuencia del gastricismo y causa de la xitofobia, y no ésta de aquéllos.

El Dr. *Sánchez Herrero* rectifica, dando las gracias á los compañeros que han intervenido en el debate, ratificándose en cuanto ha dicho, pues habla por experiencia propia, como, indiscutiblemente, los que han hablado; ahora que cada cual habla de la feria según le va en ella, según reza el castellano adagio.—J. Iruesta.

PERIÓDICOS

Un caso raro de rinolito.— El Dr. Julio Cobos Carceller publica en la *Revista Médica de Sevilla* el siguiente caso:

«El enfermo, de once años, empezó á notar que respiraba difícilmente por la nariz, de la que manaba casi constantemente gran cantidad de mucosidades, sobre todo en el lado derecho; creyendo se tratara de un catarro, le hacían lavados por la nariz, pero la secreción no disminuía ni la dificultad respiratoria mejoraba; dos años antes que yo le viera había tenido un dolor violento en el oído derecho, que cesó en cuanto la supuración se hizo manifiesta; el flujo por el oído no desaparecía, y como las molestias de la nariz se hacían cada vez más intensas, decidieron trasladarle á Sevilla con objeto de consultar sobre su padecimiento.

Los síntomas que por inspección se notaban eran los siguientes: una secreción mocopurulenta por la fosa nasal derecha, fétida, y con estrías sanguinolentas; el cornete inferior de este lado, de color rojo subido en su extremidad anterior y contactando con el tabique, el cual estaba fuertemente desviado hacia el lado izquierdo; con objeto de retraer la mucosa del cornete y poder explorar el resto de la fosa nasal, se colocaron entre éste y el tabique unos tapones de algodón impregnados en una solución de adrenalina, los cuales se mantuvieron durante diez minutos, al cabo de los cuales y después de retirar los tapones, el cornete se había retraído lo bastante para permitir el reconocimiento. Limpia la cavidad por medio de tapones de algodón, se observa la presencia de una superficie desigual, de coloración gris obscura, recubierta de moco-pus sanguinolento, la cual se extendía desde el suelo nasal hasta la parte media del cornete medio próximamente; reconocida por el estilete da una consistencia dura. Las zonas que limitan este obstáculo están tumefactas y cubiertas de fungosidades que sangran al menor contacto. En la imposibilidad de hacer la rinoscopia posterior, se hizo el tacto nasofaríngeo, no demostrando ningún dato de importancia. La fosa nasal izquierda no presenta más detalle que la gran convexidad del tabique correspondiente á la concavidad del lado opuesto.

No cabía más duda en el diagnóstico sino que se tratara de una lesión sifilítica terciaria con formación de un secuestro ó de un cuerpo extraño, pues los demás procesos nasales quedaban descartados después de la explo-

ración. No se podía confirmar lo primero por la falta de antecedentes patológicos propios y hereditarios, y por otra parte, no había estigma alguno de los que acompañan á este proceso. El juicio diagnóstico se inclinaba más bien á que se tratara de un cuerpo extraño, por más que ni el niño recordaba haber introducido nada en su nariz, ni los padres tampoco. Con objeto de desvanecer esta duda introduje en la fosa una pinza nasal, con objeto de fracturar un pequeño fragmento y reconocer sus caracteres macroscópicos; así se hizo, dando por resultado que la partícula estaba formada por una materia mineral dura y de color grisáceo.

Con estos datos y en la seguridad de que se trataba de un cuerpo extraño, procedió á su extracción; para ello colocó un nuevo tapón impregnado en la solución isquemiante para que, retrayendo más la mucosa en todos sentidos, se hiciera más movible y facilitara su dislocación. La primera tentativa de extracción fué hecha con un estilete flexible de aro doblado por su extremidad, el cual se introdujo, si bien con algunas dificultades, por debajo del obstáculo para de esta manera obrar á modo de gancho por su parte posterior y rechazarlo hacia adelante, pero los resultados fueron negativos; el rinolito estaba tan fuertemente aprisionado, que resistía á esta maniobra. La pinza nasal, introducida por entre sus caras laterales, lo movilizaba, pero no lograba desprenderlo de su punto de implantación; no quedaba otro recurso que rechazarlo hacia atrás á la faringe, fraccionarlo, y en último resultado, abrir más campo para la extracción por una intervención quirúrgica sobre las partes inmediatas; no creyó que debía intentarse lo primero, pues no es el primer caso que un cuerpo extraño de nariz ha pasado á serlo del esófago después de esta maniobra, teniendo entonces un pronóstico comparativo de bastante mayor gravedad.

El fraccionamiento fué lo que seguidamente se intentó; para ello se valió de una pinza fuerte de pólipos nasales, con la cual, después de unas cuantas tentativas, pudo romperlo en dos fragmentos, no haciéndose difícil su extracción de esta manera.

Una vez al exterior, y después de lavado con objeto de despojarlo de la sangre y moco-pus que lo envolvía, se comprobó que se trataba de un rinolito de tamaño bastante considerable, cuya superficie exterior, rugosa, desigual y de color gris ceniciento, reproducía la zona nasal, sobre la cual estaba implantado, y cuyo núcleo, perfectamente visible, estaba formado por media cáscara de piñón.

La historia patológica de este enfermo fácilmente se deducía en presencia de estos datos: la cáscara de piñón, introducida en la fosa nasal del niño, mantuvo un estímulo constante sobre la mucosa, provocando una hipersecreción mucosa primero, purulenta después; por las lesiones ulcerosas de decúbito, los gérmenes patógenos desarrollados en estas secreciones anormales precipitarían, según las teorías más generalmente admitidas, las sales calcáreas de estos mismos exudados que, depositándose paulatinamente sobre el cuerpo primitivo, determinaron el cálculo nasal. Las lesiones secundarias, tanto nasales como auriculares, desaparecieron con relativa prontitud en cuanto hubo desaparecido el estímulo que las mantenía; á los dos meses después, el enfermito estaba curado de todos sus trastornos». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 de Noviembre de 1908.

Tratamiento de las neuralgias del trigémino por las inyecciones superficiales de alcohol. — El Dr. Ricard: El tratamiento de las neuralgias del trigémino puede ser intentado con éxito por las inyecciones superficiales de alcohol. Desecho en absoluto las inyecciones profundas, que creo peligrosas; en cinco de mis enfermos he empleado las superficiales. El primero había sufrido ya la resección del borde alveolar, y seis años después, el arrancamiento del infraorbitario; durante un año y medio el enfermo se vió libre de los dolores, pero después reaparecieron éstos y no cedían á las inyecciones de cocaína y de estovaína; entonces le hice en dos sesiones inyecciones de alcohol á 90° en la cicatriz gingival alveolar; el resultado fué perfecto. He obrado del mismo modo en otros tres enfermos y he obtenido el mismo éxito; en un caso la curación sólo se sostuvo quince meses, pero nuevas inyecciones hicieron desaparecer los dolores. En el quinto enfermo, viejo de setenta y cinco años, el fracaso ha sido completo.

Tratamiento de las fístulas vesicovaginales por un nuevo procedimiento. — El Dr. Ricard: Nos ha enviado el Dr. Rastouil la observación de una enferma, con fístula vesicovaginal, que curó por el procedimiento siguiente: Se sirvió del procedimiento de Braquehaye, que ha completado por un desdoblamiento, lo cual le ha permitido hacer más resistente el obturador que se obtiene en el primer tiempo de la operación. Nuestro colega designa este procedimiento con el nombre de procedimiento del doble desdoblamiento. Es posible que hubiese obtenido un buen resultado por un simple desdoblamiento, no faltando, como no faltaban, los tejidos.

De la ionización. — El Dr. Tuffier: He verificado varios experimentos referentes á la penetración de un cierto número de medicamentos por medio de las corrientes eléctricas. En particular, citaré el nitrato de plata en las oftalmías, habiendo observado que atraviesa la piel, pero no penetra más profundamente. Por lo tanto, creo que en las artritis dolorosas, el salicilato de sosa no ejerce acción sobre los dolores, y que la desaparición de éstos es debida á la acción de las corrientes eléctricas.

Cistectomía total por papilomas múltiples de la vejiga. — El Dr. Legueu: Nos ha enviado el Dr. Marion la observación de una mujer, que tenía hematurias abundantes de carácter neoplásico. La cistoscopia demostró papilomas múltiples y en la operación se encontraron éstas en tan gran número y la hemorragia debida á las primeras maniobras fué tan abundante, que se practicó inmediatamente la cistectomía total, dejando los uré-

teres en la herida. Al cabo de algunos meses se declararon fenómenos de pielonefritis en ambos lados y una doble nefrotomía no impidió que la enferma sucumbiera á la alteración secundaria de sus dos riñones. La cistectomía total se impuso aquí por el número considerable de los tumores y por la degeneración casi total de la mucosa. La operación es fácil, pero los uréteres constituyen el punto negro de esta operación; abandonarles en la herida es más defectuoso que anastomosarles en el intestino, pero tanto en un caso como en el otro, las consecuencias de la operación son inseguras é inquietantes.

El Dr. Tuffier: La primera vez que he practicado una cistectomía total, me he preocupado del peligro de la implantación de los uréteres en el intestino. En esta operación creo que es necesario conservar alrededor de los orificios ureterales un collar de mucosa ureteral, para que de este modo el esfínter urétero-vesical quede intacto.

El Dr. Broca: Es muy dudoso que la conservación de este esfínter pueda impedir la infección ascendente. En cuanto á la enferma del Dr. Marion, tal vez hubiese sido suficiente una simple cistotomía.

El Dr. Guinard: La implantación de los uréteres en el intestino puede ir seguida de éxito, como en la observación que ya os he comunicado en otra época y en que se implantaron los uréteres en el colon decendente; se trata de una mujer operada hace ocho años y actualmente no tiene ni estrechez del ureter ni pionefrosis.

El Dr. Chaput: Otro tanto puedo decir de una enferma que os presenté en 1894, la cual volví á ver diez años después en perfecto estado de salud.

El Dr. Morestin: La conservación de un fragmento de vejiga rodeando al ureter, con el objeto de conservar el esfínter, como lo aconseja el doctor Tuffier, me parece difícil de realizar, y no creo que sirva de obstáculo á la infección ascendente. Por lo que se refiere á la enferma del Dr. Marion, tratándose de un tumor benigno, tal vez se hubiese podido practicar una operación conservadora.

El Dr. Delbet: Como muchos de nuestros colegas, creo que no es necesario exagerar los peligros de la infección ascendente de los uréteres después de su implantación en el intestino, puesto que es probable que aquélla sea anterior á la intervención.

El Dr. Beurnier: Actualmente tengo en mi enfermería una enferma con papilomas difusos de la vejiga, y no la he practicado la cistectomía; el doctor Luys la ha tratado por cauterizaciones con el galvanocauterio, y ya se puede afirmar un resultado excelente.

El Dr. Legueu: La enferma del Dr. Marion no podría ser tratada con éxito por medio de las cauterizaciones.

Pielotomía por cálculos del riñón.—El Dr. Legueu: Nos ha comunicado el mismo Dr. Marion otras dos observaciones referentes á dos pielotomías por cálculos úricos del riñón; los enfermos han curado sin fístulas. La radiografía había sido negativa, y la pielotomía fué á la vez una operación exploradora y una vía de extracción. Como vía de extracción, la pielotomía es para los cálculos úricos y no ramificados, más fácil, más benigna y menos mutiladora para el riñón, siendo entonces preferible á la nefrolitotomía. Como operación exploradora es casi igual á la nefrotomía en las pel-

vis dilatadas, pero es notablemente inferior para las pelvis ramificadas, puesto que el dedo no puede seguir las ramificaciones, y la exploración se reduce á una palpación; la nefrotomía, al contrario, da un acceso más fácil hacia los cálices alejados. Actualmente la radiografía, dándonos con frecuencia el número y la forma de los cálculos del riñón, reduce el acto operatorio á una simple extracción, pudiendo así la pielotomía hacerse cargo de los casos que antes eran exclusivamente del dominio de la nefrotomía.

Resección completa del etmoides.—El Dr. Chaput: Se trata de una mujer de cuarenta años, con un tumor de las fosas nasales, que había provocado una ceguera casi completa del ojo izquierdo, con oftalmía doble; se practicó el vaciamiento completo de las fosas nasales y de los senos maxilares frontales y esfenoidales; el ecmoides fué completamente resecado. Al cabo de diez días la enferma tuvo ataques epileptiformes, con delirio violento, que exigieron su traslado. Dichos accidentes se calmaron en algunas semanas, y en mayo se observó que la exoftalmía había desaparecido, lo propio que la neuritis edematosa, y que la visión había sido recobrada de un modo satisfactorio. Actualmente persiste este mismo estado.

(*Bull. Med.*).—Codina Castellví.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 17 al 24 de Noviembre de 1908.

(Continuación).

Cáncer de la mama.— El Dr. Ribera y Sans (de Madrid): La frecuencia de los tumores malignos de la mama explica la preferente atención que se ha dado á su estudio, y que los cirujanos hayan examinado el problema terapéutico bajo todos sus puntos de vista, ideando procedimientos y modificaciones para llegar al fin deseado: la extirpación completa del tumor, única manera de obtener la curación, evitando, no las recidivas ni las reproducciones, sino la continuación del neoplasma, debido á lo incompleto de la operación, y así se ha multiplicado la forma de las incisiones para poner más fácilmente al descubierto todos los puntos por donde se puede difundir, y se ha exigido como precepto la excavación axilar, y se ha recomendado como hecho constante la extirpación de los pectorales, y se multiplican los casos de extirpaciones extensas de las venas axilares, y se recomienda la extirpación de todos los vasos que á ella abocan, etc., etc., á pesar de lo cual siguen las reproducciones, si bien hay que convenir que las curaciones definitivas son más frecuentes que con los procedimientos antiguos, según se desprende de lo expuesto por cuantos cirujanos se han ocupado de este asunto.

El número, ya bastante considerable, de extirpaciones de mama que he hecho por tumores malignos, me permite, si no resolver, abordar el estudio de lo que se refiere á las incisiones de la piel, excavación axilar; operacio-

nes sobre la vena axilar, extirpación de ganglios (axilares, costales, infra y supraclaviculares); extirpación de los pectorales, raspado de costillas, desagüe; reunión de la incisión cutánea, autoplastia, etc., etc., con el fin de determinar si vale la pena la adopción de ciertas prácticas, si se puede exigir un procedimiento único, ó si, por el contrario, hay que subordinar el acto operatorio á las condiciones del neoplasma, y que cualquier incisión, cualquier procedimiento da buenos resultados, con tal que se cumpla el precepto fundamental: extirpar todo lo enfermo.

Pero antes de entrar en tales detalles, y para poder explicarse los resultados satisfactorios, relativamente, que he obtenido en el tratamiento de los tumores malignos de la mama, diré algo acerca de mi criterio en este punto. Parto del hecho que ningún tumor de la mama, sea cual fuere, se puede considerar en absoluto benigno; que es peligrosa la existencia de cualquier tumor; que es posible la transformación de un tumor benigno en maligno; que el fibroma más sencillo de la mama puede transformarse en un momento dado en un sarcoma; que el adenoma más típico puede ser origen de un carcinoma, y claro es que, dadas estas creencias, inmediatamente que veo un tumor de mama, como no se trate de la enfermedad quística de Reclus, aconsejo la extirpación inmediata, por pequeño que sea el neoplasma, por benigno que sea aparentemente, convencido de que con la extirpación de tales tumores no se pierde absolutamente nada, y en cambio se evitan no sólo las posibles transformaciones, sino lo que es más grave, el confundir un tumor benigno con uno maligno, que si éstos en un período avanzado de evolución se diagnostican fácilmente, no así en sus primeros períodos, en los cuales, en cambio, la terapéutica radical es más segura.

Es decir, que yo exijo como principio que todo tumor de mama se debe extirpar inmediatamente que se diagnostica.

Y el diagnóstico precoz, si no de naturaleza de la existencia del tumor, es fácil en la mama por su situación, y excepto en aquéllos raros, aunque posibles casos en que las mujeres, por un falso pudor mal entendido, se resisten á dar á conocer su enfermedad, hay que convenir que en los demás casos los tumores de mama son los que puede ver más pronto el cirujano, tratarlos más pronto y conseguir, en su consecuencia, la curación definitiva en mayor número de casos.

Incisión de la piel.—Hice mi primera extirpación de mama en 27 de enero de 1886, haciendo una doble incisión semielíptica, que teniendo uno de sus extremos en el vértice de la axila, tenía el otro muy cerca del borde del esternón, y que comprendía el pezón y el tumor, y esta incisión, que es la más sencilla, la más clásica pudiera decir, ha sido la que he empleado de una manera constante en todas mis extirpaciones de mama, excepto en aquellos pocos casos en que la ulceracion del tumor, la duplicidad á veces de éste obligaba á modificar dicha forma, ciñéndome á las circunstancios especiales del caso. ¿Hay algún motivo para cambiar esta forma de incisión? ¿Hay alguna ventaja en reemplazarla por alguna de estas incisiones raras y extravagantes que se han aconsejado? La forma de la incisión se debe subordinar á estos hechos: extirpación de la piel sospechosa; disección fácil del tumor y fácil investigación de las adenopatías, y yo creo que estoy en el caso de afirmar de un modo rotundo que, con tal forma de incisión, se

puede extirpar toda la piel que se quiera, porque todo consiste en aumentar la convexidad de las líneas; se puede poner perfectamente al descubierto toda la mama, sea cual fuere la dirección y naturaleza del tumor, y por último, se pueden ver bien los ganglios axilares y tocar, y extirpar sin dificultad alguna los infraclaviculares y los que se encuentran con alguna frecuencia en contacto con las paredes costales. Por esto sigo haciendo dicha incisión, porque me parece la más sencilla y más práctica.

Enlazado con la forma de la incisión está, como es natural, relacionado lo que se refiere á la extirpación de la piel. ¿Qué piel debe extirparse? No se puede establecer más que una regla fija: la extensión de la piel que se extirpa depende principalmente de su integridad más que de la extensión del tumor de la mama. Si la piel tiene adherencias, la extirpación tiene que ser extensa, mucho más allá de los límites aparentes de ésta; pero si la piel está sana, y esto se ve y se toca, si el único punto enlazado con el tumor es el pezón, ¿á qué las extirpaciones extensas, que imposibilitan la aproximación de los bordes ú obligan á tracciones más ó menos enérgicas para conseguir su aproximación?; tan poco científico me parece respetar la piel sospechosa para poder cubrir con ella la superficie cruenta, como me parece ilógico quitar toda la piel que cubre el tumor, aun cuando no presente adherencias con el mismo, aun cuando sea sana, para evitar de este modo la reproducción; no hay que subordinarlo todo á la reunión de la herida, pero tampoco deben aceptarse como ideas preconcebidas las operaciones demoledoras, esté ó no esté sana la piel: á cualquier clínico experimentado el tacto y la vista no pueden engañarlo en cuanto á las condiciones de la piel.

Extirpación del tumor.—Otro principio arraigado en mí desde mis primeras extirpaciones de mama: sea cual fuere el tumor, haya hecho el diagnóstico de benigno ó de maligno, como no se trate de un tumor perfectamente enucleable por estar aislado y rodeado de una cápsula, como tenga relaciones con la glándula, mi criterio es absoluto: no extirpo el tumor, extirpo la mama. ¿Que el análisis demuestra después que he extirpado un adenoma típico? Prefiero hacer una extirpación inútil de una mama, que no hacer una extirpación inútil de un tumor. Sin que importe el tamaño del tumor; si puesto al descubierto veo que tiene conexiones con el tejido glandular, hago inmediatamente la extirpación de la mama.

Pero en estos tiempos se ha pasado de un extremo á otro, y de las operaciones que intentaba limitar la extirpación á lo enfermo, se ha pasado á las operaciones que recomiendan extirpar como hecho constante los pectorales. Yo no puedo admitir este precepto: los músculos pectorales se quitarán si es preciso, si no se deben dejar. Para la extirpación de los ganglios ya he dicho que basta la incisión simple que recomiendo, no hace falta la extirpación de los pectorales, y en cuanto á la extensión en profundidad del neoplasma, podrá éste interesar ó no la aponeurosis que cubre al pectoral; si está interesado, bien que se extirpen en todo ó en parte, lo que sea preciso, el pectoral mayor, y si es de necesidad el menor; pero si la mama enferma se desliza perfectamente sobre el pectoral, si éste está absolutamente libre, es para mí un absurdo quitar dicho músculo, porque con quitarlo ni nada se consigue, ni nada se resuelve, ni tal operación obedece á principios quirúrgicos algunos; todo depende de la extensión y profundi-

dad del tumor, así como sería peligroso, por ser segura la reproducción, dejar un pectoral que estuviera adherido á la mama enferma, me parece ilógico recomendar la extirpación de los pectorales, si éstos están sanos.

La extensión del tumor obliga á veces no sólo á extirpar los pectorales, sino que á raspar las costillas: en tales casos, si se diagnostica la extensión vale más no tocar el tumor, á menos que, como me ha ocurrido en algún caso, he juzgado conveniente una operación paliativa para combatir las hemorragias de la úlcera cancerosa, los dolores intolerables, la septicidad del tumor, etc., es decir, como tratamiento paliativo, no como curativo, que cuando el neoplasma ha invadido las costillas, es tal su extensión y difusión que pudiera considerarse como una casualidad obtener la curación, y en cirugía hay que contar poco con las casualidades.

Extirpación de ganglios.—La excavación axilar la considero como uno de los tiempos necesarios de la extirpación de los tumores malignos: yo no sé si alguna vez habré dejado de abrir la axila al extirpar un tumor maligno de mama, pero si lo he hecho, es porque no había diagnosticado el tumor de maligno. Se trate de un sarcoma ó de un epitelioma, juzgo esté tiempo como uno de los más esenciales de la operación; si se han tocado los ganglios, porque se sabe que existen; si no se tocan, por si acaso los hubiese; si se ha hecho el diagnóstico de epitelioma, porque casi se podrá tener la seguridad que los hay; si se ha diagnosticado un sarcoma, por si se equivoca uno en el diagnóstico, y por si acaso; es decir, que para mí un precepto fundamental en las extirpaciones de mama, es hacer la limpieza de la axila, siguiendo los preceptos de extirpar el tejido graso intermedio, etcétera. Hasta aquí no hay dificultad. No ocurre lo mismo en lo que se refiere á otras localizaciones ganglionares y á las venas de la axila.

Limpia y ampliamente abierta la axila, es sumamente fácil el reconocimiento de la pared torácica, donde y pegados á ella, se encuentran á veces ganglios que fácilmente se quitan, y con facilidad se pueden extirpar los infraclaviculares, y yo no he encontrado la menor dificultad en ningún caso. Pero no ocurre lo mismo con los supraclaviculares. Yo he hecho su extirpación de una manera primitiva y en reproducciones, prefiriendo una incisión complementaria cervical para extirparlos, y no llegando á la resección de la clavícula, por considerarla inútil para la extirpación. Debo confesarlo: en los casos que he operado en tales condiciones, en todos ha sobrevenido la reproducción, y yo me lo explico, teniendo en cuenta lo que significa la infección de los ganglios supraclaviculares en las neoplasias de la mama. Por fortuna estos hechos son raros y yo no he encontrado más que 7 casos primarios y uno en reproducción; hecho curioso porque la cicatriz de la mama estaba sana y la reproducción se verificó en ganglios supra, post é infraclaviculares, dando origen á un tumor tan grande y que de tal modo comprimió el plexo, que me obligó á hacer la resección de gran parte de la clavícula, no para quitar por completo el tumor, que no se pudo extirpar, sino que para facilitar su crecimiento excéntrico, y que cesaran los efectos de la compresión, dando á la enferma un alivio de algunos meses.

Sin duda con el plausible deseo de hacer más completa, y por lo tanto más segura la operación, se ha recomendado, desde la sección de todas las

colaterales, hasta la extirpación más ó menos extensa de la vena axilar. Yo me quedo asombrado de la frecuencia con que en estos últimos tiempos se habla de operaciones en el sistema vascular, y no admitiendo que se hagan los casos, creo que yo he tenido mucha suerte, según se quiera comprender, en los mismos. En el número grande de excavaciones axilares que he hecho, sólo en dos casos (5 octubre 1900 y 12 noviembre 1907) me ví obligado á hacer la sutura lateral de la axilar, rasgada al hacer la disección de los ganglios; en todos los demás casos he podido hacer la limpieza del paquete sin el menor inconveniente, porque no hay que olvidar lo bien que se defienden las venas, y que cuando los ganglios están ya reblandecidos, salvo algún caso excepcional, será tan extensa la lesión, tan difusa, tan infiltrada la piel y todos los tejidos, que la operación estará contraindicada. No es esto discutir los casos de resección de la vena axilar, no, lo único que hago constar que habiendo hecho 135 extirpaciones de mama con excavación axilar, nunca he juzgado precisa tal operación, y repito que sólo en dos casos he hecho la sutura de dicha vena; me refiero á la extirpación de mama por tumor maligno, que es el punto que ahora se discute.

Reunión de la herida, siempre que se pueda; no me entusiasman mucho las autoplastias, no por la autoplastia en sí, sino porque suponen operaciones extensas, y por lo tanto de éxito poco seguro, y en cuanto al desagüe, si se puede prescindir de él en casos excepcionales, la regla es que se haga, y yo doy la preferencia al desagüe posterior, como desagüe principal, fuera de la línea de sutura; desagüe posterior el más útil en aquellas mamas grandes que son las más frecuentes, en las cuales, después de hacer la excavación de la axila, queda un hueco enorme que, si no está bien desaguado, se llena de exudados y termina por dificultar la curación inmediata de la herida, cuando menos, y con la mayor facilidad, por dar origen á supuraciones de más ó menos importancia.

Y vamos á exponer los resultados que he obtenido siguiendo las reglas que acabo de exponer.

He operado 25 sarcomas de mama y 135 epiteliomas; es decir, he hecho 160 extirpaciones de mama por tumores malignos.

Sarcomas: los 25 sarcomas no han dado ninguna muerte operatoria. Los resultados definitivos han sido 7 reproducciones y 18 curaciones, algunas de ellas cuentan ya de fecha muchos años; las más recientes de las no reproducidas datan de marzo y abril de 1904, y se refieren á dos Hermanas de la Caridad; las dos más antiguas se refieren á una enferma que operé en 1886, cuando contaba nueve años; historia curiosa porque la niña era algo hemofílica, y que vive sin haber tenido el menor trastorno que pueda relacionarse con la enfermedad; otra de las observaciones fué operada el año 1893, cuando la enferma contaba quince años; tiene en la actualidad treinta años, sin que tampoco haya sufrido el menor trastorno.

En las 7 reproducidas, sólo en un caso no se obtuvo la cicatrización; tumor grande de peso de 4 kilos, en que no quedó piel para cubrir, y en el que la reproducción se manifestó antes de terminar la cicatrización; en los demás se cicatrizó la herida, pero por regla general fué rápida la cicatrización.

En una observación yo no sé si se puede hablar de reproducción, porque

la cicatriz de la mama operada no tuvo alteración alguna; en cambio á los pocos meses la aparición de nódulos en la otra mama, no dejaba duda alguna; no quiso ser de nuevo operada.

En el siguiente caso se explica la continuación; en la mama derecha tenía un tumor como una naranja ulcerado; otro tumor grande y ulcerado entre ambas mamas, y otro tumor en la mama izquierda; yo creí se trataba de epiteliomas, pero el análisis demostró que eran sarcomas. La extirpación completa de todo fué seguida por de pronto de la reunión inmediata, pero al poco no cabía duda de la persistencia de la lesión.

En las otras tres observaciones se hicieron varias operaciones; en alguna de ellas se hicieron cinco operaciones seguidas de reproducción.

Epiteliomas: 135 son los enfermos operados de epiteliomas de mama: 2 hombres y 133 mujeres.

Las operaciones que han exigido varían algún tanto dentro de los principios que antes he expuesto; en 22 casos la operación ha consistido en la extirpación de mama sin excavación de la axila, aun cuando se haya puesto al descubierto, por no existir adenopatías; en 79 casos á la extirpación de mama ha seguido la excavación axilar, y en 34 ha sido precisa además la extirpación más ó menos extensa de los pectorales.

En un caso tuve que hacer la extirpación de las dos mamas: obtuve la curación operatoria, pero por noticias posteriores sé que recidivó.

En 7 observaciones tuve que hacer la extirpación de adenopatías supraclaviculares; los resultados no han podido ser más desastrosos: un muerto, 5 reproducciones, y sólo en un caso se obtuvo la curación, al parecer definitiva, porque data de marzo de 1904.

Es verdad que faltaban los infraclaviculares, y sólo se notaba un ganglio supraclavicular que extirpé.

En 14 casos ha sido tal la extensión de piel que se ha extirpado por las adherencias que tenía con el tumor y su infiltración, que no ha sido posible cubrir la herida operatoria, haciendo en 3 casos autoplastias extensas, y en los 11 restantes prefiriendo la cicatrización secundaria: 4 muertes operatorias; 4 recidivas; 3 salieron de la Clínica sin estar cicatrizada la herida y la falta de datos posteriores hace temer se reprodujeran, y sólo en 3 casos se obtuvo la curación.

Veamos los resultados de conjunto: las 22 observaciones en las cuales al abrir la axila no se encontraron adenopatías, es decir, en que se trataba de tumor circunscripto, absolutamente localizado á la mama, sanos los pectorales, en una palabra, el tumor exclusivamente mamario, han dado 22 curaciones operatorias sin accidente post operatorio alguno. Es cierto que 3 de estas observaciones son recientes: octubre de 1906, noviembre de 1907 y marzo de 1908; pero vayan allá estas 3 para compensarlas y que por ser de práctica particular son más decisivas: 2 de ellas fueron operadas el año 1894, otra el año 1895, 2 viven sin reproducción y una del año 1894 murió hace poco, era señora de edad, sin nada que se pudiera referir al tumor de la mama.

Los resultados definitivos son 14 curaciones, 1 recidiva y 4 de las cuales no he podido adquirir datos, que con las 3 observaciones recientes, constituyen el total de 22 operadas.

Las 80 extirpaciones de mama con excavación axilar, respetando los pectorales, han dado 9 muertes operatorias, 25 reproducciones y 35 curaciones, si bien hay que hacer constar que además hay 11 observaciones que se refieren á enfermas operadas hace menos de tres años, y que de algunas de ellas no he podido adquirir datos y que, por lo tanto, no se puede hablar de curaciones definitivas. A pesar de ello, y dada la naturaleza de la enfermedad, podría discutirse si es más ó menos elevada la mortalidad post operatoria, pero 35 curaciones de 80 operadas, si no es tan brillante el resultado como en el primer grupo, indica que en gran número de casos la adenopatía axilar no contraindica la operación, porque si es libre, aislada, fácil de extirpar, sin adherencias á piel, etc., etc., puede obtenerse en buen número de casos la curación.

Es en este grupo donde puedo citar las supervivencias más largas. Una operada á primeros de 1888 ha vivido dieciséis años sin reproducción; otra operada en 1891 vive sin reproducción; otras 10 operadas de mi práctica particular deben considerarse como curadas de un modo definitivo, dado el tiempo que media de la operación, y las restantes de la práctica hospitalaria han sido seguidas el tiempo suficiente para admitir que se ha obtenido la curación definitiva.

Y quedan las 32 observaciones en las cuales ha sido preciso quitar los pectorales, y prescindiendo de la doble extirpación de mama seguida de recidiva, quedan 32 observaciones que han dado el siguiente resultado: 4 muertes, 13 recidivas y 11 curaciones, que datan de más de tres años; las 4 enfermas restantes han sido operadas en 1907 y en el presente año, y por lo tanto, no se puede hablar de curaciones definitivas.

Como se ve, y es lo lógico que así ocurra, la sencillez de la operación está en razón directa de los resultados obtenidos; porque la sencillez supone menos extensión del tumor, menos adherencias, menos propagación, y hay que tener presente y no olvidar este principio: hay que quitarlo todo, y para que la operación sea sencilla, hay que operar pronto; las operaciones muy cruentas no curan más, lo único que hacen es permitir operar más casos, casos que antes pudieran considerarse como inoperables; pero tales operaciones, siendo más graves, dirigiéndose á epiteliomas más extensos y adheridos, dan y darán menos curaciones definitivas que dan las simples amputaciones de mama, cuando están perfectamente indicadas.

En resumen, 135 extirpaciones de mama por epitelioma han dado el siguiente resultado:

60 curaciones definitivas: 44 por 100.

13 muertes operatorias ó al poco de la operación: cerca del 10 por 100.

41 recidivas: algo más del 30 por 100.

22 observaciones, algunas de ellas demasiado recientes, otras en que el resultado es desconocido: ó sea un 15 por 100, de las cuales no cabe duda que, por desgracia, algunas aumentarán el tanto por ciento de las recidivas. — F. Toledo.

(Continuará).

REAL SOCIEDAD DE MEDICINA DE LONDRES

Sección de Cirugía.

Sesión del día 10 de Noviembre de 1908.

Conservación del apéndice fundada en su utilidad fisiológica. — El doctor *C. B. Keetley* dijo que la apendicostomía es útil, no sólo en la apendicitis de varias clases, sino también en ciertas formas de invaginación, sobre todo para prevenir la recidiva; en la hemorragia intestinal; en la fiebre entérica y en algunas otras formas de enteritis; como válvula de seguridad en la enterectomía y colectomía; en la distensión intestinal de algunos estados tóxicos; como medio de administrar los alimentos y en el estreñimiento crónico. Recomendó la transplantación del apéndice de manera que todo él ó su mayor parte permanezca incluído en la pared abdominal, en la creencia de que la apendicitis es peligrosa, no por la naturaleza del apéndice, sino por sus relaciones con la cavidad del peritoneo; muchos apéndices necesitan ser extirpados, aunque no estén lesionados en su estructura; las concreciones, etc., del apéndice deben ser extraídas sin extirparse el órgano.

Para demostrar la eficacia del procedimiento, hizo las observaciones siguientes: la apendicostomía es el tratamiento quirúrgico preferible y más generalmente aplicado en el estreñimiento crónico, porque un tubo largo puede lavarse mejor cuando está abierto en sus dos extremos porque da acceso fácil á la parte superior del intestino grueso; los medicamentos administrados de este modo no perturban el estómago ni el intestino delgado, y finalmente, porque la experiencia ha demostrado su valor. Otro motivo más para conservar el apéndice es la posibilidad de que sea exacta la teoría de Metchnikoff, según la cual, las bacterias del intestino grueso ejercen una influencia funesta por acelerar las modificaciones características, puesto que en la apendicostomía puede lavarse con seguridad dicho intestino.

El Dr. *Bidwell* manifestó que el apéndice enfermo no debe ser conservado. Respecto á la invaginación, aunque la fijación del apéndice tienda á prevenirla, el tiempo que exige prolonga indebidamente la duración del acto operatorio, lo cual debe tenerse muy en cuenta cuando se trata de enfermos de esta clase. En el estreñimiento rebelde, la apendicostomía es la operación preferible.

El Dr. *Herbz* cree que la apendicostomía es preferible á la excisión del colon, pero cree que una y otra son innecesarias mientras funciona el ano.

El Dr. *Rowlands* negó el valor de la operación; es inútil en la invaginación y peligrosa cuando se practica en la apendicitis aguda, por exponer á la supuración de la pared abdominal y á la hernia. El estreñimiento es tratado mejor por el recto.

El Dr. *Waterhouse* dijo que con la apendicostomía había obtenido la curación en tres casos de colitis ulcerosa, y mejoría notable en dos de colitis membranosa. Cree preferible la extirpación á la conservación del apéndice enfermo.—(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 11 de Noviembre de 1908.

Tratamiento quirúrgico de la miopía. — El Dr. *Hamburger* presenta á un hombre de treinta años, á quien ha extraído el cristalino para curarle de una miopía muy graduada, obteniendo un éxito completo. La operación, cuando sale bien, es muy útil; pero no hay que olvidar que se corren varios riesgos, y muy especialmente el del desprendimiento de la retina, por todo lo cual, tanto el médico como el paciente no habrán de proceder de ligero á resolverse por la operación.

En el caso presente, lejos de suceder, como se cree generalmente, que el aumento de la miopía se hubiese detenido con la terminación del crecimiento, ha ocurrido todo lo contrario. En efecto, hace nueve años no había cumplido el término de su servicio militar, y por lo tanto, con arreglo á las prescripciones vigentes no podía tener por entonces una miopía que pasara de 6 dioptrías, y en cambio, antes de la operación, la miopía era de 18 dioptrías.

Tratamiento de la rabia con la arsenofenilglicina.—El Dr. *Wassermann* dice haber hecho ensayos terapéuticos en la rabia con la arsenofenilglicina, habiendo resultado de dichos ensayos que cuando ha añadido un poco de dicha substancia al virus lísico más enérgico, los fenómenos patológicos siguieron una marcha más lenta y presentaron menor intensidad. Igual hecho se observó cuando se inyectaron pequeñas cantidades de arsenofenilglicina después de haberse desarrollado la enfermedad.

Estos hechos tienen mucha importancia, porque hasta ahora estábamos completamente desarmados una vez declarada la rabia, puesto que es bien sabido que las inoculaciones de Pasteur sólo tienen virtud preventiva.

El autor empleó en sus ensayos cantidades muy pequeñas de la substancia referida, hasta 15 centígramos, siendo así que Ehrlich ha demostrado en estos últimos tiempos que un conejo puede tolerar muy bien hasta 4 y 5 decígramos por kilo de su peso. Es, por lo tanto, muy posible que con dosis mayores se alcancen efectos terapéuticos más eficaces.

Colelitiasis hepatógena. — El Dr. *Holländer* presenta á un sujeto de cuarenta años, del Cáucaso, que desde hace dieciocho años viene padeciendo de cólicos por litiasis biliar con fiebre é ictericia, y que en la actualidad lleva ya mucho tiempo con todos los síntomas propios de una oclusión crónica del colédoco.

Al operarle se encontró con que la vesícula biliar estaba muy reducida de tamaño y sin ningún cálculo, y que tampoco se encontraba piedra alguna de cierto tamaño en el conducto colédoco; en cambio, por el conducto hepático se evacuaban arenillas. Estableció el desagüe del colédoco y al muy poco tiempo empezaron á salir gran número de piedras, de forma cilíndrica la mayor parte, y con eminencias laterales muy pequeñas. El conducto colédoco no recobró su permeabilidad, de suerte que la bilis salía toda hacia el exterior. Y es el caso que, aunque la secreción que se evacua por la fístula no ha dejado de continuar saliendo por dicho conducto, se

ha ido desarrollando en estos últimos tiempos una ictericia lentamente progresiva.

El autor cree que se ha obstruído una porción muy grande del hígado y que dicha obstrucción es la causa de la estancación biliar.

El Dr. *Senator* dice que es muy posible que la ictericia sea consecuencia de una degeneración de las células hepáticas.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 6 de Noviembre de 1908.

Cuerpo extraño extraído del estómago quirúrgicamente. — El Dr. *Hans de Haberer* presenta dicho cuerpo extraño, que tiene 230 gramos de peso, 15 ½ centímetros de largo, 8 de ancho y 6 de grueso. Es de color amarillo moreno y de aspecto fibrilar, á trechos.

La paciente venía sintiendo desde hace cinco años molestias gástricas bajo la forma, en un principio, de sensación de peso después de comer, y más adelante de dolores espasmódicos, también después de comer, que se irradiaban al dorso y al hombro izquierdo. Si se presentaba vómito, como sucedía casi en cada ataque hace algunos meses, notaba alivio. A pesar del buen apetito y de alimentarse bien, había perdido no poco de peso.

Cuando ingresó se apreciaba por el tacto, inmediatamente por encima del ombligo, tan pronto un cuerpo sólido é igual en su superficie, como un cuerpo duro, situado transversalmente y dividido por una muesca. Como quiera que había un poco de obscuridad en ambos vértices, á la percusión y la reacción cutánea de Pirquet daba resultado positivo, se pensó en un tumor tuberculoso del omento mayor. Pero en contra de esta hipótesis deponía la inmovilidad del tumor, no obstante su tamaño, puesto que los productos tuberculosos del peritoneo suelen contraer muy pronto adherencias con las partes inmediatas.

La laparatomía descubrió la verdadera causa de todo, y el examen químico hace muy probable que se trate de un trozo de laca. La enferma había trabajado algunos meses en una fábrica de laca, y sin duda alguna se había bebido la disolución alcohólica de esta substancia á modo de aguardiente. Tres años antes dice haber tomado muy á menudo miel con cera para calmar la tos.

Fiebre Papattaci.—El Dr. *Carlos Franz* refiere que en los meses de verano se observa en determinadas comarcas de la Monarquía una enfermedad infecciosa aguda cuya naturaleza y modo de difusión se conocen muy poco. La zona en que se presenta son: varias comarcas de Herzegovina (Mostar, Trebinje, Stolac, etc.); la bahía de Cattaro, las costas de Dalmacia é Istria, y, como punto más septentrional, Görz. Su nombre más vulgar es «enfermedad del perro», por el malestar que produce, pero también se la denomina «catarro gástrico endémico», «fiebre estival», «influenza estival» ó «fiebre de insolación». Por su gran morbosidad, por su curso dolorosísi-

mo y por su prolongada convalecencia, es una verdadera plaga, sobre todo entre los forasteros que visitan dichas comarcas al empezar el verano. El acceso típico de la fiebre se manifiesta por un aumento rápido de la temperatura, casi siempre sin pródromos, acompañado de decaimiento, malestar de cabeza y dolores en el trayecto de algunos troncos nerviosos, y, sobre todo, en diferentes grupos musculares. Las conjuntivas y la mucosa faríngea se enrojecen, y las funciones digestivas se alteran. La temperatura sube á 39°-41°, se mantiene elevada varias horas y luego desciende generalmente con lentitud, de suerte que al tercer día ya ha recobrado su cifra normal. La convalecencia es, á veces, muy prolongada, y va acompañada de sensación de debilidad y perturbaciones del sistema nervioso, y de los aparatos circulatorio y digestivo. La enfermedad no ataca á todos los habitantes de las regiones respectivas. Además de esta inmunidad congénita, la hay adquirida, puesto que un primer ataque suele conferirla. En cambio, hay casos en que se presentan frecuentes recaídas en una misma epidemia. El período de incubación dura por lo común de cinco á siete días, pero no suele haber fenómenos prodrómicos.

La afección interesa, sobre todo, al sistema nervioso. En los casos leves, los síntomas generales consisten en malestar, decaimiento y aturdimiento de cabeza; en los graves se observan quebrantamiento muy pronunciado, fuertes dolores de cabeza, mareos, desmayos, y después, en cambio, estados de excitación, delirio y en algunos casos convulsiones epileptiformes. Por parte de los nervios sensitivos periféricos, son casi constantes los dolores en la espalda y en el sacro, y después en el curso de ciertos nervios, especialmente los peroneos, tibiales é intercostales, así como también en diferentes músculos, y en primer término en los lumbares y en los de las pantorrillas. En la convalecencia suelen molestar mucho ciertos síntomas neurasténicos, observándose asimismo perturbaciones psíquicas, que hacen la impresión de estados agudos de confusión mental. En los bebedores sobreviene á veces el *delirium tremens*.

En los ojos llaman la atención una gran sensibilidad, á la presión, de los globos oculares y una rubicundez intensa de las conjuntivas en forma de faja que se extiende desde los ángulos de los ojos á los bordes de la córnea, á nivel de la hendidura palpebral, y que da á los ojos un aspecto particular (síntoma de Pick).

En la mucosa faríngea se encuentran comunmente alteraciones catarrales, que no se propagan á los bronquios. A menudo sobreviene epistaxis.

Las alteraciones en el aparato digestivo figuran también muy en primer término. Son muy frecuentes: la fetidez del aliento, la lengua sucia, y, en algunos casos, los vómitos. Al principio de la enfermedad predomina la astricción de vientre, que va seguida en algunos casos de diarrea. El bazo no suele infartarse.

En el aparato circulatorio se observa la bradicardia. El orador ha hallado en la sangre disminución en la fibrina y leucopenia muy manifiesta.

En un 20 á un 30 por 100 de todos los casos examinados por el orador había eritemas, manchas aisladas como de roseola y alguna vez exantema maculoso ó papuloso, urticaria ó foliculitis.

El pronóstico es bueno; el tratamiento sintomático.

La enfermedad se parece mucho á la grippe y más aún al dengue, por la epidemiología, etiología y curso clínico.

El Dr. *Doerr* trata de la etiología de la enfermedad. y presenta los mosquitos que la propagan.

El Dr. *Alois Pick* dice haber sido el primero que ha descrito la enfermedad hace veintidós años. En la mayoría de los casos es tan típico al cuadro clínico, que basta, aun para los legos (sobre todo por las alteraciones oculares ya descritas) para establecer el diagnóstico. Sin embargo, hay un gran número de formas morbosas que por sus múltiples complicaciones resultan de difícil diagnóstico. En tal concepto hay que mencionar los síntomas graves de parte del sistema nervioso central, tales como las convulsiones, la pérdida de conocimiento muy prolongada y los estados de ansiedad muy acentuados.

Los antipiréticos no han dado ningún resultado, por punto general, y aun en aquellos casos en que dándolos á grandes intervalos producen una remisión, no se consigue que influyan en el cuadro patológico. Lo que parece dar mejor resultado son los purgantes, administrados en los primeros días de la enfermedad. También parece indicado el uso del salicilato sódico, habida consideración á sus efectos sudoríficos.

(*Wiener klinischer Rundschau*).— R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. — En la sesión del 23 de noviembre último, celebrada por la Asociación de Medicina interna de Berlín, nuestro compatriota y Catedrático de Medicina el Dr. Gil Casares refirió que, en vista de que su primo el Catedrático de Farmacia Dr. Casares, había encontrado cantidades relativamente grandes de fluoruro sódico en ciertas aguas minerales españolas acreditadas en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, se le ocurrió emplear dicha substancia en inyecciones intravenosas, puesto que las subcutáneas son muy dolorosas.

Inyecta dos veces al día de un centímetro cúbico á centímetro y medio de una disolución de fluoruro al 3'5 por 100, esterilizada. A los tres ó cinco minutos se presenta un violento dolor de estómago que se localiza en el hipocondrio izquierdo, en la región lumbar izquierda y en el epigastrio; dicho dolor adquiere rápidamente un carácter violento y como de cólico; va cediendo al cabo de pocos minutos y es ocasionado probablemente por la eliminación de ácido fluorhídrico por la mucosa gástrica. Después de varias inyecciones, suele no presentarse este dolor, que se puede evitar también ingiriendo agua bicarbonatada. Las inyecciones se pueden seguir empleando meses y hasta años, siendo muy conveniente que cada serie de 60 inyecciones vaya seguida de un pausa de varios días. La inyección intravenosa debe ejecutarse con mucha exactitud, puesto que si el fluoruro

penetra debajo de la piel produce un intenso dolor de carácter urente á causa de su acción cáustica.

El autor da cuenta de los resultados de sus ensayos terapéuticos, que empezó á realizar en la primavera de 1906. El primer efecto del tratamiento es el aumento de apetito y con él el del peso; á veces aumenta también la sed. A los pocos días los esputos, de purulentos se convierten en mucoso-espumosos, disminuye su cantidad, se expelen con más facilidad y la tos también disminuye. El autor no puede afirmar con seguridad si disminuye igualmente el número de bacilos expectorados. El análisis químico no descubre la presencia del fluor en los esputos. Los síntomas locales del pulmón mejoran en armonía con el alivio del catarro. La fiebre suele disminuir y hasta desaparecer en muchos casos, por más de que no es posible admitir una influencia directa del medicamento sobre la fiebre.

De los casos tratados, una parte se curó por completo, otra mejoró mucho y hasta en casos muy avanzados se suele observar una tregua en la marcha del mal. Sólo dejó de ser útil el tratamiento en los casos muy agudos, floridos y en los acompañados de fiebre héctica. El autor no aventura por ahora opinión acerca de si el fluor obra como antitóxico ó como antibacteriano, pero de todos modos cree que merece seguirse ensayando el nuevo tratamiento. — (*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. del Valle.

Algunas propiedades terapéuticas desconocidas del azul del metileno en solución guayacolada.—El Dr. E. Crouzel recomienda el tópico siguiente:

Azul de metileno	1	gramo.
Guayacol	2	—
Glicerina	47	—

Se disuelve el azul de metileno en el guayacol y se agrega la glicerina.

El Dr. Crouzel ha empleado este compuesto en uso tópico en 2 casos de zona pectoral, en 1 de zona femoral, en 3 de forunculosis del cuello refractaria á la levadura de cerveza y en 2 de ectima infantil generalizado. En todos ellos el éxito no pudo ser más completo. Puede emplearse también como modificador de los tejidos y antiséptico en la erisipela, las vegetaciones difteroides de las heridas, etc. A causa del color que comunica á la piel donde se aplica y que puede persistir varios días, conviene no emplearlo en la cara ni en las manos. Para no manchar la ropa se cubren con hule de seda las superficies donde se aplica la disolución referida.

(*Journal de Med. de Bordeaux*). — F. Toledo.

ÍNDICE DEL TOMO LXXXI

Aborto gemelar (Un caso de). 261
Abstinencia sexual (Valor higiénico de la)..... 256
A cegueira em Portugal..... 257
Aceite de ricino en la apendicitis aguda (El)..... 199
— yodoformado (Ascitis tuberculosa curada con inyecciones de)..... 265
Adipsia, apotismo, etc..... 255
Aguas minerales como sueros artificiales (Las)..... 356
Alejandro San Martín..... 283
Alimentación de los enfermos del aparato digestivo (Bases de la)..... 300, 345
Amiotonia congénita..... 16
Anemia perniciosa de la gestación 77
Anestesia cocaínica local en el tratamiento de las fracturas..... 29
— general por inyecciones intrarraquidianas (Nuevo método de)... 146
— regional (Un nuevo método de)..... 425
Anorexia nerviosa..... 461
Aparato para la envoltura algodonada de los miembros inferiores..... 356
Apéndice fundado en su utilidad fisiológica (Conservación del)..... 485
Apendicitis aguda (El aceite de ricino en la)..... 199
Arterioesclerosis cardíaca (Formas clínicas de la)..... 101
— (Formas clínicas de la). 104
Ascitis tuberculosa (Las inyecciones intraperitoneales de glicerina yodofórmica como tratamiento curativo de la). 54
Atoxilo (Investigaciones experimentales sobre la acción fisiológica del)..... 160
Autotoxinas del colibacilo y del bacilo bífido sobre algunos gérmenes anaerobios (Acción)..... 98
Autoplastia para la oclusión de la abertura retroauricular persistente en los vaciados petromastoideos..... 172
Azul de metileno en solución guayacolada (Algunas propiedades terapéuticas desconocidas del)..... 490
Bacilo de Achalme..... 95
Bacterioterapia láctica carece de fundamento científico (La)..... 357
Blenorragia (Tratamiento de la)..... 186
Bocio exoftálmico por el sulfato de quinina (Tratamiento del)..... 341
Calvicie precoz (Tratamiento de la)..... 49
— (Tratamiento de la).... 119
Cáncer del esófago (Tratamiento del)..... 275
— de la boca y de la lengua..... 270
— de la boca y sus dependencias..... 229
— de las fosas nasales, de la faringe y de la laringe (Tratamiento del)..... 274
— del aparato urinario y de los órganos genitales del hombre (Tratamiento del)..... 224
— del cuerpo del páncreas. 267
— del estómago (Tratamiento del)..... 313

Cáncer de la mama (Tratamiento del)..... 442, 478
— de los órganos genitales de la mujer (Tratamiento del)..... 440
— del pene..... 224
— de los labios (Tratamiento del)..... 188
— gástrico..... 315
Cancerosos (Naturaleza de los procesos)..... 186
Catarata (Colapso de la esclerótica en la operación de la). 342
Celiotomía abdominal y vaginal..... 115
Cistectomía total por papilomas múltiples de la vejiga). 476
Cistitis tuberculosa curada con inyecciones de aceite yodoformado..... 265
Clínica terapéutica..... 60
Codo (Resección del)..... 89
Colapso (El corazón en el).... 77
Colelitiasis hepatógena..... 486
Cólera (Tratamiento del)..... 328
Colpohisterectomía por vía combinada perineo-abdominal..... 211
Congreso francés de medicina 101, 148, 183
— internacional de cirugía 186, 224, 270, 313, 358, 440, 478
— nacional de la tuberculosis..... 329, 360, 409
Corazón en el colapso (El).... 77
— (Heridas del)..... 367
Coriza vasomotor (Sobre un tratamiento quirúrgico del). 176
Corsé higiénico..... 260
Cráneo (Fractura del)..... 364
Crau-craw (Sobre la etiología del)..... 96
Crémor tártaro en cirugía y su modo de acción (Empleo del) 80
Cuerpo extraño en la laringe.. 41
— — en las vías aéreas.. 277
— — extraído del estómago quirúrgicamente..... 487
Dermatosis (Röntgenoterapia de las)..... 279
Derrames pleuríticos recidivantes (Tratamiento de los). 145
Diabetes conyugal..... 93
— (Progresos en el tratamiento de la)..... 327
— traumática..... 22
Disentería amibiana (Contagio de la)..... 256
Distocia por obstrucción mecánica (Tratamiento de la)..... 112
— (Vicio de conformación de la uretra del feto como causa de)..... 326
Dosis de medicamentos que deben prescribirse á los niños (Fórmulas para calcular las) 50
Elefantiasis (Nuevo método de tratamiento de la)..... 200
Embarazo extrauterino (Diagnóstico del)..... 40
Embolia pulmonar consecutiva á la cura radical de la hernia inguinal..... 222
Enfermedad del sueño (Glosina palpalis y la)..... 24
Enfriamiento (Acción patógena del)..... 98
Enteritis producidas en los niños por la leche de vacas alimentadas con hojas de remolacha..... 99
Envenenamiento por el fenol (Sobre su presencia ó no en la sangre en los casos de)... 135
Epilepsia (El extracto de hioides en la jaqueca y en la)... 15
Equinococia experimental.... 418
Estenosis espinal por la electroioización (Tratamiento de la)..... 217
Esófago (La boca del)..... 177
Esplenomegalias de origen hepático y las hepatitis de origen esplénico..... 59
Estados neurasténicos (Patogenia de los)..... 109
Espoleta de cartucho retenida durante ocho años debajo del párpado superior..... 389
Estenosis pilórica benigna (Reflexiones sobre tres casos de) 161
Estómago (Tratamiento del cáncer del)..... 313
Estrías atróficas por causas diversas..... 279
Etmoides (Resección completa del)..... 478
Eucaliptus (Tratamiento de las hemorragias por la tintura de)..... 120
Extracto de hioides en la jaqueca y en la epilepsia (El). 15
Fiebre de Malta..... 299
— — (La leche de cabra como vehículo del germen productor de la)..... 100

Fiebre hemoglobinúrica (Etiología de la)..... 280
— Papattaci..... 487
— reumática premenstrual 210
— tifoidea (Investigaciones experimentales sobre los trastornos cardíacos en la)..... 185
Fiebres efímeras..... 95
Fístulas vesicovaginales (Tratamiento de las)..... 476
Fluoruro sódico (Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de)..... 489
Fractura del cráneo 364
Fracturas (Anestesia cocaínica local en el tratamiento de las)..... 29
— del cuello del femur por el enclavijamiento (Tratamiento de las). 311
Galactágogos (Los)..... 468
Gestación (Anemia perniciosa de la)..... 77
Glaucoma agudo de naturaleza gripal..... 46
Glicerina yodofórmica como tratamiento curativo de la ascitis tuberculosa (Las inyecciones intraperitoneales de)..... 54
Glucosa y bilis en la orina.... 355
Grietas del pezón (Tratamiento de las)..... 79
¿Habrá cólera?..... 58
Hematoma de la vesícula seminal..... 221
Hemoptisis (Contra las)..... 55
— en los tuberculosos (Modo de acción de los procedimientos empleados en el tratamiento de las)..... 34
— tuberculosas (Formas clínicas de las)..... 29
Hemorragia intra-abdominal debida á la gestación ovárica (Operación inmediata ó tardía en la)..... 74
Hemorragias graves en la amigdalotomía y su tratamiento..... 180
— por la tintura de eucaliptus (Tratamiento de las)..... 120
Herencia tuberculosa (Sobre la)..... 418
Heridas del corazón..... 367
Hernia en el niño (La)..... 358
Hernia inguinal (Embolia pulmonar consecutiva á la cura radical de la)..... 222
Hernias: procedimiento operatorio..... 361
Hiperidrosis unilateral con los rayos Rœntgen (Tratamiento de la)..... 40
Histeralgia..... 212
Histerismo (Síntomas mayores del)..... 18
Impresión de la planta del pié (Un nuevo procedimiento para obtener la)..... 133
Incontinencia de orina por las inyecciones anorrectales de suero artificial (Tratamiento de la).... 469
— — tomada como caso típico (Valor sugestivo de los medicamentps en terapéutica, en particular en el tratamiento de la).. 449
Infección puerperal (Tratamiento de ciertas formas de). 220
Infecciones intestinales en el puerperio (Las)..... 254
Intestino (Ruptura traumática del)..... 223
Intoxicaciones alimenticias especialmente con las conservas de atún)..... 251
Ionización (De la)..... 476
Jaqueca y en la epilepsia (El extracto de tiroides en la).. 15
Laringe (Cuerpo extraño de la)..... 41
Lipoides bacilares (Acción bacteriolítica de ciertos cuerpos extraídos de los)..... 185
— (Composición química de las substancias) .. 184
Litiasis biliar (Momento de la intervención quirúrgica en la)... 152
— — (Tratamiento de la)..... 148
Lupus palpebral primitivo... 428
Mal de Basedow y en el tiroidismo (Alteraciones de la sangre en el)..... 448
Manzanillo (Estudio fisiológico, químico y toxicológico del jugo del árbol del)..... 137
Maxilares (Tumores malignos de los)..... 237

Medicamentos muy usados en terapéutica oftalmológica (Nota sobre algunos)..... 141
Melanomas y radioterapia..... 345
Meningitis cerebro-espinal epidémica..... 95
Método de Ecman y el de Roy comparados (El)..... 173
Metritis gravídica del cuello y su tratamiento (La)..... 240
Microorganismos de la sífilis.. 365
Miomas uterinos (Estado de la mucosa en los)..... 117
Miopía (Tratamiento quirúrgico de la)..... 486
Morfina en el tratamiento de la tos ferina (Inyecciones de)..... 313
Muerte por sumersión (Comportamiento de los glóbulos blancos en la).. 132
— (Estudio experimental de la)..... 133
Nefritis (Nuevas investigaciones sobre la seroterapia en la)..... 146
Neumónicos ancianos (Cómo mueren los)..... 185
Neuralgias del trigémino por las inyecciones superficiales de alcohol (Tratamiento de las)..... 476
Niños canarios (Los)..... 298
— escrofulosos y nerviosos (Cura arsenical y de altura en los)..... 460
Noma (Consideraciones sobre un nuevo tratamiento del). 166
Noticias historico-médicas acerca de la última enfermedad del Rey de España Luis I..... 201, 241
Oftalmorreacción en los niños. 466
Operaciones ginecológicas (Desarrollo de la técnica de las)..... 115
Operados (La permanencia en cama de los)..... 222
Ovariectomía (Resultados inmediatos y lejanos de la)... 215
Ovarios (Transplantación de los)..... 214
Paludismo y los mosquitos (El) 419
Páncreas (Cáncer del cuerpo del)..... 267
Pansinusitis (Sobre el diagnóstico y tratamiento de la). 174
Pelagra (Bacteriología de la). 253
— en Argelia (La)..... 97
Pene (Cáncer del)..... 225
Pensamiento coloreado..... 20
Peristaltismo intestinal (Provocación del)..... 445
Peritonitis y tromboflebitis puerperales (Tratamiento operatorio de la)..... 213
Permanganato de potasa contra los sudores fétidos de los piés (El)..... 55
Peste bubónica y los peces (La)..... 424
Pielotomía por cálculos del riñón..... 477
Platino coloide contra la tuberculosis pulmonar (El)... 51
Plexo braquial por neoplasia (Un caso de compresión del) 426, 470
Polioencefalitis sifilítica..... 430
Prolapso uterino y vaginal (Tratamiento quirúrgico del)..... 78
Prostatectomía perineal subtotal..... 60
Psicosis histéricas (De la falta de personalidad clínica de las)..... 81
Psoriasis de origen vacuno... 424
Pubiotomía..... 118
— subcutánea lateralizada (Un caso de)..... 308
Pulmón (Abscesos del)..... 269
Punción lumbar en las dermatosis prurigi-nosas..... 183
— — en las formas meníngeas de la fiebre tifoidea en el niño (Utilidad de la)..... 464
Queratitis intersticial tal como debe ser considerada en la actualidad..... 340
Quinina (Tratamiento del bocio exoftálmico por el sulfato de)..... 341
Rabia con la arsenofenilglicina (Tratamiento de la)... 486
Ratas son un peligro para la salud pública (Las)..... 298
Rayos Röntgen (Tratamiento de la hiperidrosis unilateral con los)..... 40
Resección del codo..... 39
— uterina vertical y horizontal..... 117
Revista de Dermatología y Sifiliografía..... 318
— de Ginecología y Obstetricia..... 217

Revista de Higiene .. 93, 250, 417
— de Medicina legal y Toxicología 132
— de Neurología y Psiquiatría 13
— de Oftalmología 339
— de Oto rino laringología 172
— de Pediatría 460
— de Terapéutica y Farmacología 49
Rinolito (Un caso raro de) 474
Röntgenoterapia de las dermatosis 279
Saco de Douglas (De la supresión del fondo de) 269
Salicilato de sosa en los niños (Intoxicación por el) 468
Sangría como tratamiento de ciertas complicaciones de la fiebre tifoidea (La) 56
Sarcoma pigmentado 364
Seborroides (Patogenia y tratamiento de las) 184
Seroterapia en las nefritis (Nuevas investigaciones sobre la) 146
Sífilis bulbar 293
— cerebral con síntomas de tumor 121
— (Microorganismos de la sífilis) 365
— (Soluciones de atoxilo y de biyoduro de mercurio para el tratamiento de la) 53
— y tuberculosis 5
Signo de la muerte (La reacción ácida como) 254
Sinusitis frontal (Una innovación en la operatoria de la) .. 176
Sociedad ginecológica americana 74, 112
Substancia birrefringente de origen inflamatorio 38
Sudores fétidos de los piés (El permanganato de potasa contra los) 55
Suero artificial (Indicaciones de las inyecciones hipodérmicas de) 53
Tabéticos (Las crisis gástricas en los) 159
Tarsalgia (De la) 269
Tifus (Inmunización contra el) 253
Toracostomía en ciertas enfermedades del corazón 447
Tos ferina (Inyecciones de morfina en el tratamiento de la) 313
— (Un remedio más contra (la 368
Toxinas del bacilo de Koch en la leche de mujeres tuberculosas 417
Trigo averiado (Envenenamiento mortal por las emanaciones de) 139
Trinitina sobre la tensión arterial (Acción de la) 287
Tuberculina (Intradermorreacción á la) 310
Tuberculosis inflamatoria. 28, 64
— (Patogenia de las lesiones no foliculares de la) 66
— pulmonar (El platino coloide contra la) 51
— — con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico (Tratamiento de la) 489
— vesical con inyecciones fenicadas, según Rovsing (Tratamiento de la) 80
Tumor cerebral operado con éxito 277
Tumores cerebrales (Progresos en el diagnóstico de los) 13
— malignos de los maxilares, ó que exigen su resección) 237
Vaginismo que desaparece después de una apendicectomía. 269
Vainillismo profesional 255
Valor diagnóstico de los ganglios cubitales hipertrofiados en los niños lactantes... 462
Vesícula seminal (Hematoma de la) 221
Xitofobia en psiquiatría (Valor pronóstico de la) 472

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Carrión y Garagarza (D. Pedro), Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.
Castillo Ruiz (D. Rodolfo del), Ginecólogo del Instituto Rubio. Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Espina y Capo (D. Antonio), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Fábrega (D. Luis), Doctor en Medicina. Alcira.
Fernández Sanz (D. Enrique). Médico numerario, por oposición, del Hospital de la Princesa. Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Gereda (D. Eduardo), Director de la Clínita oto-rino laringológica de la Virgen de la Paloma.
González Campo (D. José), Médico de la Beneficencia Municipal. Madrid.
Gota (D. Antonio), Doctor en Medicina. Zaragoza.
Irueste (D. José), Doctor en Medicina. Madrid.
Juarros (D. César), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Lecha-Marzo (D. Antonio), Interno de la Facultad de Medicina de Valladolid.
López Durán (D. Baudilio), Alumno interno de la Facultad de Medicina de Madrid.
Martín y Miguel (D. Sixto), Médico de Sanidad Militar. Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Olmedilla y Puig (D. Joaquín) Catedrático de la Facultad de Farmacia de Madrid.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rodríguez Fornos (D. Fernando), Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Salamanca.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta oto-rino laringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Cuerpo extraño de la laringe (4 grabados)..... 42, 43, 44, 45
Procedimientos operatorios del cáncer de los labios (6 grabados). 192, 193, 194, 195, 196
Idem id. para el cáncer del pene (2 grabados)..... 227, 228
Idem del Dr. Creus para la extirpación del maxilar..... 238
Retrato del Dr. San Martín..... 281
Procedimiento operatorio de la hernia (4 grabados)..... 363

v.80-81 Revista de medicina y
1908 cirugia praticas. 33821

E W Thompson JUN 1 - 1937 JUN 3 - 1937

~~558753~~ R71
R4
v.80-81

33821

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY